



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
MAGÍSTER EN TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS SOCIALES

Tesis para optar al grado de Magister en Trabajo Social y Políticas
Sociales:

**“SENTIDO DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA EN
PERSONAS MAYORES RESIDENTES EN EL GRAN
CONCEPCIÓN”.**

Tesista

Nélida Beatriz Neira Muñoz

Concepción, marzo de 2021

Profesora Guía: Sra. Isis Chamblás García
Depto. de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Concepción



Tesis realizada en el Programa de Magíster en Trabajo Social y Políticas Sociales del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción.

TÍTULO DE LA TESIS “SENTIDO DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES RESIDENTES EN EL GRAN CONCEPCIÓN”.

Profesor/a Guía: Sra. Isis Chamblas García

Profesora Asociada, Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Magíster Teaching Social Work, The Catholic University of America. U.S.A.

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:

Sra. Mercedes Zavala Gutierrez.

Profesora Asociada

Enfermera Universitaria

Magíster en Enfermería, Mención Enfermería Médico Quirúrgica, Universidad de Concepción Chile



Sr. Ralph Müller Gilchris

Médico

Magister Educación Médica para las Ciencias de la Geriatría
Director Cesfam VMF – Concepción.

Directora Programa de Magister: Sra. Daisy Vidal Gutiérrez

Profesora Asociada del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales. Doctora en Salud Mental Universidad de Concepción. Magister en Salud Pública. Universidad de Chile.

Ciudad Universitaria, 15 de abril de 2021.



Índice

Introducción	12
CAPÍTULO I.	13
1. Planteamiento del Problema	14
2. Marcos de Estudio	21
2.1. Marco Teórico.....	21
a) Teoría del desarrollo de Erikson	21
b) Teoría de la Actividad.....	22
c) Teoría de la continuidad.....	23
2.2. Marco Conceptual	24
a) Sentido de Vida y Adulto Mayor	24
b) Calidad de vida y Bienestar en personas mayores.....	25
c) Adulto Mayor y envejecimiento.....	26
d. Políticas Públicas y Adulto Mayor	27
Envejecimiento activo y positivo.....	29
2.3. Marco Empírico	30
a) Calidad de Vida en personas mayores.....	30
b) Sentido de Vida / Proyecto de Vida en personas mayores	33
3. Objetivos e Hipótesis.....	36
3.1. Objetivo General	36
3.2. Objetivos Específicos	36
3.3. Hipótesis.....	36
4. Identificación y Definición de Variables	37
a) Variables dependientes	37
b) Variables independientes.....	37
c) Definición de Variables I.....	37
5. Metodología.....	39
a) Diseño y tipo de estudio.....	39
b) Unidad de Análisis	39
c) Unidad de Observación	39



d) Universo y Muestra	39
e) Fuentes y Técnicas de información	40
f) Instrumentos	40
g) Trabajo de Campo.....	42
h) Consideraciones Éticas de la investigación.....	42
Plan de Análisis	43
CAPÍTULO II: Análisis de datos	44
1. Características demográficas, familiares y sociales.	45
a) Características Demográficas.....	45
b) Características Sociofamiliares.....	49
2. Descripción y percepción de sentido de vida en personas mayores residentes del Gran Concepción	54
a) Descriptivos Escala Sentido de Vida Global y por Dimensiones en adultos mayores.....	54
b) Dimensión Percepción de Sentido	55
c) Dimensión Vivencia de Sentido.....	56
d) Dimensión Metas y Tareas.....	57
e) Dimensión Destino Y Libertad	58
3. Percepción Calidad de Vida de los Adultos Mayores residentes en el Gran Concepción.....	59
a) Descriptivos Escala Calidad de Vida, Global y por dimensiones en personas mayores.....	59
4. Satisfacción Vital y Felicidad Global	62
a) Percepción de Satisfacción vital y Felicidad Global de los adultos mayores ..	62
b) Distribución porcentual Satisfacción Vital y Felicidad Global según sexo.....	62
5. Sentido de vida, Calidad de vida y variables sociodemográficas	63
5.1. Sentido de vida y relación con variables Sociodemográficas	63
5.2. Calidad de Vida y relación con Variables Sociodemográficas.....	68
6. Calidad de vida y relación con Sentido de vida y variables psicosociales.....	73
a) Calidad de Vida y relación con Sentido de Vida	73
b. Calidad de Vida y relación con Variables Psicosociales	74
c. Sentido de Vida y relación con variables psicosociales.....	75
Discusión y Conclusiones.....	76



a) De las características demográficas, familiares y sociales de las personas mayores residentes en el gran Concepción participantes en el estudio.....	76
b) Del sentido de vida en personas mayores residentes en el Gran Concepción	77
c) d. De la Calidad de vida percibida en personas mayores residentes en el Gran Concepción.....	80
f. De la relación entre Sentido de vida y Calidad de Vida.....	82
Conclusión y Reflexión General.....	83
Bibliografía	86
Anexos.....	95





Índice de Tabla

Tabla 1: Distribución por edad según sexo en personas mayores residentes en el Gran Concepción.....	46
Tabla 2: Distribución por Nivel de Escolaridad según Sexo en personas mayores residentes en el Gran Concepción	46
Tabla 3: Distribución Religión según Sexo en personas mayores residentes en el Gran Concepción.....	47
Tabla 4: Distribución por Situación Civil según Sexo en personas mayores residentes en el Gran Concepción.....	47
Tabla 5: Distribución Ingresos por pensión y actividad remunerada en personas mayores residentes en el Gran Concepción	48
Tabla 6: Distribución de las personas mayores de acuerdo con la ocupación actual.....	48
Tabla 7: Tipos de enfermedades en personas mayores residentes en el Gran Concepción	49
Tabla 8: Distribución Composición familiar según sexo en personas mayores residentes en el Gran Concepción.....	50
Tabla 9: Participación social de personas mayores residentes en el Gran Concepción	51
Tabla 10: Frecuencia de encuentros con familiares y amigos en personas mayores residentes en el Gran Concepción.....	51
Tabla 11: Tipo y frecuencia de las Interacciones de personas mayores con otras significativos	52
Tabla 12: Frecuencia de visitas a familiares	52
Tabla 13: Distribución porcentual Apoyo social percibido, en personas mayores residentes en el Gran Concepción	53
Tabla 14: Descriptivos Escala Sentido de Vida (global) y por Dimensiones, en personas mayores residentes en el Gran Concepción	54
Tabla 15: Descriptivos Indicadores de la Dimensión Percepción de Sentido, en personas mayores residentes en el gran Concepción	55
Tabla 16: Descriptivos Indicadores en Dimensión Vivencia de Sentido en personas mayores residentes en el gran Concepción.....	56
Tabla 17: Descriptivos por Indicadores en Dimensión Metas y Tareas, en personas mayores residentes en el gran Concepción.....	57
Tabla 18: Descriptivos por Indicadores en Dimensión Destino y Libertad en personas mayores residentes en el gran Concepción.....	58
Tabla 19: Descriptivos Escala Calidad de Vida (global) y por Dimensiones, en personas mayores residentes en el Gran Concepción	59
Tabla 20: Descriptivos por Indicadores en Dimensión Física en personas mayores residentes en el gran Concepción.....	60
Tabla 21: Descriptivos por Indicadores en Dimensión Psicológica en personas mayores residentes en el gran Concepción.....	60



Tabla 22: Descriptivos por Indicadores en Dimensión relaciones sociales en personas mayores residentes en el gran Concepción 61

Tabla 23: Descriptivos por Indicadores en Dimensión ambiente en personas mayores residentes en el gran Concepción..... 61

Tabla 24: Descriptivos Satisfacción vital y Felicidad Global de los adultos mayores..... 62

Tabla 25: Nivel de Satisfacción vital en personas mayores residentes en el gran Concepción 62

Tabla 26: Distribución frecuencia porcentual Percepción de Felicidad Global..... 63

Tabla 27: Sentido de Vida según Sexo, en adultos mayores residentes en Comunas del Gran Concepción..... 63

Tabla 28: Sentido de Vida según Edad de adultos mayores residentes en el Gran Concepción 64

Tabla 29: Sentido de Vida según Escolaridad de personas mayores residentes en el Gran Concepción..... 64

Tabla 30: Sentido de Vida según Situación Civil de adultos mayores residentes en el Gran Concepción..... 65

Tabla 31: Sentido de Vida según Religión de los adultos mayores de la provincia de Concepción..... 66

Tabla 32: Sentido de Vida relacionada con Ingreso de los adultos mayores de la provincia de Concepción..... 67

Tabla 33: Calidad de vida de acuerdo al sexo en adultos mayores de la provincia de Concepción..... 68

Tabla 34: Calidad de vida de acuerdo a la Edad en adultos mayores de la provincia de Concepción..... 69

Tabla 35: Calidad de vida de acuerdo al estado civil en adultos mayores de la provincia de Concepción..... 69

Tabla 36: Calidad de vida de acuerdo Escolaridad de adultos mayores de la provincia de Concepción..... 70

Tabla 37: Calidad de vida de acuerdo los Ingresos (pensión) de adultos mayores residente en el gran Concepción..... 71

Tabla 38: Calidad de vida de acuerdo a la Religión de adultos mayores de la provincia de Concepción..... 72

Tabla 39: Relación Calidad de Vida Global y por Dimensiones Según Sentido de Vida global y por Dimensiones en personas mayores residentes en el gran Concepción (Rho de Spearman) 73

Tabla 40: Relación entre Percepción de Calidad de Vida global y por dimensiones con Variables psicosociales, en personas mayores residentes en el gran Concepción 74

Tabla 41: Relación entre Percepción de Sentido de Vida global y por dimensiones y Variables psicosociales 75



Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Gráfico de Distribución porcentual lugar de Residencia	45
Ilustración 2: Presencia de enfermedad en personas mayores residentes en el Gran Concepción.....	49





Agradecimientos

Primeramente, quisiera agradecer a Dios que siempre ha puesto en mi camino y en mi vida las oportunidades y a las personas necesarias para abrir las puertas que pensé podrían estar cerradas.

A mis padres Goyi y Osvaldo por estar en cada momento entregando su apoyo incondicional. A mi amado Cristian por estar a mi lado entregándome su amor y siendo una fuente de motivación permanente. A mis amados hijos Constanza, Maximiliano y Benjamín por creer en su mamá y solo tratar de entender que ella tenía que terminar este proceso.

A mi amigo Adolfo por ser una luz en mi camino, a mi querida profesora Isis, por su entrega y dedicación, pero sobre todo por el acompañamiento y aprendizaje con cariño que me entregó en esta etapa de mi vida.

Por último, no puedo dejar de agradecer a todas las personas mayores que estuvieron dispuestas a abrir un espacio de su vida para ser un aporte en esta investigación y al grupo de Trabajadoras Sociales que realizaron la primera investigación en torno a este tema el cual fue el pilar para iniciar la mía.

Nélida Neira Muñoz



Resumen

La presente investigación denominada “Sentido de vida y calidad de vida en personas mayores residentes en el Gran Concepción”, tiene como objetivo principal conocer el sentido de vida y su relación en la calidad de vida según características sociodemográficas y ambientales que presentan las personas mayores residentes en el gran Concepción. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, de alcance descriptivo correlacional. Se aplicó el Test Sentido de la Vida *El Purpose-In-Life Test* ([PIL], Escala Calidad de Vida Whoqol-Bref y Escalas específicas para medir Apoyo Familiar, de Apoyo Social, Autonomía Física, Satisfacción Vital, Felicidad y cuestionario de preguntas para variables sociodemográficas y familiares. La muestra estudiada fue no probabilística, intencionada y estuvo conformada por 179 personas mayores residentes en comunas del gran Concepción. Los datos fueron recolectados a través de entrevista durante los meses de octubre de 2018 y octubre de 2019

En base a los hallazgos, se encontró presencia de logro de sentido de vida en la mayoría del grupo estudiado (79.3%), lo mismo que altos puntajes en percepción de calidad de vida, además de encontrar una relación directa y significativa entre ambas variables. No se encontró diferencias significativas en la calidad de vida global con variables sociodemográficas, aunque los hombres y personas mayores de 60 y menores de 75 años tienen promedios más altos en su calidad de vida global y por dimensiones. Tampoco se encontró relaciones significativas respecto del sentido de vida y características sociodemográficas excepto con religión. Finalmente se concluye que la calidad de vida de este grupo está fuertemente influenciada por el sentido de vida y también por otras variables psicosociales como apoyo social y familiar y autoestima.

Palabras claves: personas mayores, calidad de vida, sentido de vida, factores sociodemográficos.



Abstract

The present investigation called "Sense of life and quality of life in elderly residents in Greater Concepción", has as its main objective to know the meaning of life and its relationship in quality of life according to sociodemographic and environmental characteristics presented by elderly residents. in the great Concepción. A quantitative, cross-sectional study with a correlational descriptive scope was carried out. The Meaning of Life Test was applied The Purpose-In-Life Test ([PIL], Whoqol-Bref Quality of Life Scale and specific scales to measure Family Support, Social Support, Physical Autonomy, Life Satisfaction, Happiness and questionnaire of questions for sociodemographic and family variables. The sample studied was non-probabilistic, intentional and consisted of 179 elderly people residing in communes of Greater Concepción. The data were collected through an interview during the months of October 2018 and October 2019

Based on the findings, the presence of achievement of meaning of life was found in most of the group studied (79.3%), as well as high scores in perception of quality of life, in addition to finding a direct and significant relationship between both variables. No significant differences were found in global quality of life with sociodemographic variables, although men and people older than 60 and younger than 75 years have higher averages in their global quality of life and by dimensions. Nor were significant relationships found with respect to the meaning of life and sociodemographic characteristics except with religion. Finally, it is concluded that the quality of life of this group is strongly influenced by the meaning of life and also by other psychosocial variables such as social and family support and self-esteem.

Keywords: elderly people, quality of life, meaning of life, sociodemographic factors.



Introducción

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando de manera importante en relación a cualquier otro grupo de edad en casi todos los países del mundo; entre el año 2000 y 2050 las personas mayores de 60 años se duplicarán pasando de 11% a 22% (OMS 2016). Latinoamérica y Chile no están ajenos a esta realidad y se proyecta que para 2050 1 de cada 4 personas de nuestro país será mayor de 60 años. Este aumento de la longevidad se produce por varias razones entre ellas la disminución de la natalidad, los progresos científicos y el aumento progresivo de la expectativa de vida entre otras. En Chile la Esperanza de Vida al nacer se ha triplicado, en 1900 se estimaba en 23,6 años para las mujeres y 23,5 años para los hombres y para el periodo 2015-2020 es de 82,1 mujeres y 77,3 para los hombres. (INE 2020).

Este aumento en la expectativa de vida se puede considerar un éxito de las políticas de salud pública, sin embargo, también representan un desafío para cada sociedad que debe responder a nuevas necesidades para lograr al máximo la salud y funcionalidad de las personas mayores, así como su participación y seguridad (OMS 2012)

En esta perspectiva se sitúa la presente investigación que aborda un tema no muy habitual o presente en las investigaciones sobre personas mayores y que dice relación con la percepción de Sentido de vida que tienen y que puede aportar al diseño de las políticas y programas orientados a este grupo etareo.

Este documento se ha organizado en dos grandes Capítulos. En el primero de ellos se aborda la propuesta de investigación que representa el Problema central de esta investigación y los antecedentes que la respaldan; los marcos de estudio que proporcionan una mirada de los antecedentes teóricos que permiten una mayor comprensión del tema central y sus explicaciones, para finalizar con los objetivos que orientan el estudio.

Asimismo, se expone el Diseño metodológico de esta propuesta de investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional y transversal.

Un segundo capítulo concentra los resultados de esta investigación organizados de acuerdo a los objetivos previamente propuestos, para finalizar con la discusión de estos resultados en relación a otros trabajos de investigación en esta misma línea.

Este estudio se realizó con la participación de 179 personas mayores residentes en 10 comunas del gran Concepción, durante los meses de octubre de 2018 a octubre de 2019.

CAPÍTULO I.





1. Planteamiento del Problema

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, entre 2000 y 2050 la proporción de los habitantes del mundo mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22% (OMS, 2016) aumentando así la esperanza de vida, una disminución de la tasa de fecundidad y avances en la tecnología, lo cual ha llevado que la proporción de las personas mayores de 60 años esté aumentando a pasos importantes en relación a cualquier otro grupo de edad en casi todos los países del mundo (OMS 2016). En este sentido, el aumento de edad y el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, sin embargo, también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (OMS, 2012).

Chile no es ajeno a la tendencia mundial, puesto que, el 16,2% de la población tiene 60 y más años (CENSO 2017) con un promedio de 80,2 años de esperanza de vida, lo que lo ubica a la par con países como Dinamarca y Finlandia; superando a Estados Unidos y, a su vez es la mayor a nivel de América Latina (OMS, 2015).

A partir de los resultados de la Encuesta de la Calidad de Vida del Adulto Mayor (2018) en Chile las personas mayores ascienden a 2,96 millones, las que se dividen en 1,33 millones de hombres y 1,63 millones de mujeres (55% de la población mayor). La esperanza de vida promedio para las mujeres es mucho más longeva 83 años y los hombres 79 años. En cuanto al envejecimiento de la población, al año 2035, 284 comunas contarán con una mayor cantidad de población de 65 años o más respecto a la menor de 15 años (INE, 2019).

De acuerdo a la primera encuesta internacional sobre cuidados de la salud realizada por la British United Provident Association (BUPA)¹ la mayoría de las personas no está preparada ni planea su vejez. Informa que hay un 22% que no ha hecho ninguna previsión económica para ello, y prácticamente el 66% considera que la familia estará disponible para apoyarlos al llegar a la tercera edad. En esta misma línea, la consultora Visión Humana (2017), afirma que el 49% de los chilenos tiene miedo de envejecer, de igual manera señalan sentir poco agrado ante la idea de llegar a la vejez y sólo un 31% manifestó sentir algo de agrado y solo el 16% de personas que perciben esta etapa de la vida de forma complaciente.

Por su parte, Osorio (2017), afirma que una de las principales razones que justifican este temor de envejecer, tiene que ver con el desconocimiento y la incertidumbre, ya que la información que se tiene sobre la vejez es más bien negativa (citado en Parra, 2017). Por tanto, existe una negación debido a lo que pudiera significar el envejecimiento en términos de mayores vulnerabilidades para las personas, ya que muchos la consideran como sinónimo de patologías, obsolescencia, exclusión, soledad y, por lo tanto, infelicidad. Asimismo, SENAMA (2013), concluye que una de las principales inquietudes del adulto mayor es tener que

¹ Bupa es una empresa líder en el campo de los seguros de salud a nivel internacional. El año 2010 realiza la primera encuesta internacional en países como Francia, Australia, Brasil, China, entre otros.



depender de otras personas, situación que aumenta principalmente después de los 80 años, por considerar que en esta etapa de la vida es en la cual aparecen o se desarrollan las mayores patologías que obligadamente hacen que se requiera el apoyo de otros.

El envejecimiento comprende el conjunto de transformaciones o cambios que aparecen en los individuos a lo largo de la vida, siendo la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos: los cambios son bioquímicos, fisiológicos, psicológicos, sociales y funcionales (Alvarado y Salazar, 2014). Por lo mismo, a medida que avanza el envejecimiento existe mayor probabilidad de que aparezcan enfermedades crónicas degenerativas debido no sólo al paso de los años sino también a factores medio ambientales como mantención de estilos de vida no saludables, condiciones económicas de privación y disminución de las redes de apoyo (Osorio, Torrejón y Anigstein, 2011). La Organización Panamericana de la Salud, define el estado de salud de las personas mayores como el mantenimiento de la capacidad funcional (citado en Parra, Salas y Escobar, 2005)². Por tanto, percibir que se tiene esta capacidad de realizar las distintas actividades de la vida diaria implica tener salud y a su vez tener una buena calidad de vida.

Diversas investigaciones, han reportado que la percepción de una buena calidad de vida por parte de las personas mayores va asociada a la noción de “tener buena salud”, de las condiciones de salud propiamente y además de condiciones sociales (Parra 2017; Osorio, Torrejón y Anigstein, 2011). En esta misma línea Flores, Castillo, Ponce, Miranda, Peralta y Durán (2018), encontraron que un poco más de un tercio de las personas mayores tenía una satisfacción deficiente sobre su estado de salud y además en todas las dimensiones sobre calidad de vida, las medias fueron muy bajas y conforme se incrementa la edad, la calidad de vida era más deficiente.

La Organización Mundial de la Salud (2015), señala que la calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones. Es un concepto amplio, que se ha operacionalizado en áreas como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente.

La calidad de vida se ha conceptualizado con base a un sistema de valores, estándares o perspectivas que pueden variar de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; lo cual ha generado que el concepto de calidad de vida haya adquirido elementos que permiten descifrar un concepto desde lo más imaginario del ser vivo a lo más real, partiendo desde la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien (Flores, Cervantes, Cruz y Cerquera, 2011, p. 89). Esta percepción está asociada a la funcionalidad cotidiana, también se afecta de acuerdo a las características del contexto socio ambiental (Campos, Herrera,

² Funcionalidad se define como la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria junto con la capacidad de enfrentar elementos estresantes en lo físico, biológico y social



Fernández y Valenzuela, 2014). Para el caso de las personas mayores el espacio en el que se desenvuelven es fundamental para la construcción de la percepción sobre su calidad de vida, debido a que, si se encuentran en un contexto óptimo para desarrollarse, tendrán una mejor percepción sobre su calidad de vida.

Al respecto, Carissa (2018, citada en Tirso, 2018), afirman que la calidad de vida de los adultos mayores no es un problema, pero sí lo es la pérdida de los años de vida saludable, puesto que los sistemas de salud y de seguridad social no están preparados para proveer una vida independiente y cuidados de largo plazo a quienes lo necesitan. “Para que las personas mayores alcancen y tengan una vida plenamente funcional, no solo necesitan combatir las enfermedades sino vivir en ambientes que faciliten el desarrollo de todo su potencial” (p. 84).

Lo anterior lleva a pensar en los desafíos que se presentan para las sociedades el tener una mayor esperanza de vida y un mayor envejecimiento de su población, lo cual requiere que se visualice y se propongan las estrategias y políticas públicas y sociales que promuevan un envejecimiento saludable, esto es, poder realizar las distintas actividades de la vida diaria, lo que se traduce en una buena calidad de vida.

San Román, Toffoletto, Oyanedel, Vargas y Reynaldos (2017) afirman que, para las personas mayores, al momento de explicar su satisfacción vital la dimensión más importante es la autopercepción que tienen sobre su salud; asimismo Rodríguez (2011) destaca de igual forma la salud como condición prioritaria para el bienestar, seguida de las relaciones familiares y sociales. En nuestro país la IV encuesta de Calidad de vida en la vejez (2018), indica que más allá de las determinantes económicas, el bienestar subjetivo se enraíza desde una perspectiva más cualitativa y de sentido, las personas al momento de evaluar sus propias vidas aluden no solo a un proyecto individual, sino que, a un colectivo en el microespacio social de los vínculos directos, sea familia u otras redes significativas (PNUD, 2012).

La población mayor ya no encasilla en etiquetas tradicionales, existen modos de envejecer según culturas y sociedades; las personas mayores manifiestan nuevas expectativas y posibilidades más allá de un papel asignado por la sociedad; perciben la necesidad de sentirse útiles para su familia y su entorno y como otorgan un sentido a su vida (Quintanar, 2011 en Goncalves y Segovia, 2018)

Para Stecconi, (2016) el incremento en la calidad de vida hace que los roles “puertas adentro y pasivos” de los adultos mayores, cada vez más tiendan a ser reemplazados por roles “puertas afuera y activos”, con una vida social de recreación e incluso laboral más variada, la cual les ayuda a sentirse integrados en la sociedad como un grupo más.

En este contexto surge la interrogante respecto del proyecto de vida o del sentido de vida que presentan las personas mayores, para esta etapa, en qué medida este proyecto de vida contempla una mirada más allá de “roles puertas adentro” considerando la etapa poslaboral o de jubilación cada vez es más extensa si se considera que la expectativa de vida en Chile es de 80,2 años de edad.



En general se asocia el desarrollo de un proyecto de vida como propio de la adolescencia e incluso de la adultez, sin embargo, no es común vincular la redefinición o el desarrollo de proyectos de vida en el adulto mayor ya que la cultura actual no asocia la posibilidad de descubrir o concretar planes o proyectos en esta etapa de la vida (Goncalves y Segovia, 2018, p. 62).

Arzuaga y Pérez (2015), refieren al proyecto de vida de las personas mayores, destacando que las metas de vida que se plantean son a corto plazo, no tienen consolidado planes para el futuro y que las motivaciones que los movilizan están principalmente basadas en satisfacer las necesidades de la familia por sobre las propias, de igual manera no se proponen planes para su vida por considerar que a esta edad solo se vive el presente y que no se vivirá mucho. Señalan que, para los adultos mayores lo más importante es tener salud, vivir en paz, estar con la familia, ya que consideran que con la experiencia adquirida a través de los años es suficiente para tener una mejor calidad de vida. No obstante, a lo anterior, el tener un proyecto permite dar dirección a la vida independiente de la edad que se tenga.

La configuración del proyecto de vida, su contenido y su dirección están vinculados con la situación social de la persona, tanto en el plano presente como en el plano futuro. El proyecto de vida, en cualquier edad, debe relacionar todas las actividades de los individuos: trabajo, profesión, familia, tiempo libre, actividad cultural y sociopolítica, relaciones interpersonales de amistad y amorosas, organizaciones, etc. (Jimenez, 2008).

Se espera que las personas mayores puedan enfrentar esta etapa considerando que los cambios ya sea desde lo físico, laboral, como las tareas propias de las etapas anteriores de alguna u otra forma han ido cambiando, lo cual conlleva a la adaptación de los nuevos roles o tareas, con un propósito o sentido para su vida que les permita enfrentar esta etapa de manera adecuada y no caer en la desesperanza que los lleve a un estado de depresión o angustia.

Por tanto, al pensar que una buena salud y bienestar en la edad adulta es resultado de un proceso que se ha desarrollado a lo largo de todo el ciclo vital de la persona, en que la formación y consolidación de procesos autorreguladores, como es el proyecto o sentido de vida, se convierten en un importante indicador que permite dar un orden o a su vez transformarse en una guía para la etapa de vida que se está viviendo.

Frankl (1949) plantea que la motivación básica del ser humano es su búsqueda de sentido, el por qué y para qué vivir (en Gottfried, 2016). Define el sentido de vida como “razones que mueven a los hombres a actuar de un modo u otro” (p7), el sentido es único en cada individuo y puede variar en diferentes momentos históricos de la persona por lo mismo se puede afirmar que es un proceso dinámico (Cortada de Kohan 2002).

Según Adler (1975, en Stecconi, 2016) “el sentido de la vida ha sido una búsqueda fundamental del ser humano a lo largo de la historia de la humanidad. La interrogante de la existencia se convierte en una constante, en la medida en que no desaparece de la vida de



ningún ser humano. Sin embargo, este cuestionamiento y las respuestas que se generan, varían y se ven influenciadas, por los cambios que se presentan en cada época”. El autor afirma que quizás el ser humano sea incapaz de responder a la interrogante de “¿cuál es el significado de la vida?”, ya que la mayoría de las personas no se plantean dicha pregunta ni tratan de encontrar una respuesta, hasta que sufren una derrota, ya que mientras todo vaya bien y no surgen dificultades, no se harán estos cuestionamientos.

Esto lleva a plantearse el impacto que genera el sentido de vida, ya que este se traduce en un factor motivacional que influirá en diversos ámbitos de la vida de las personas y el cual incide fuertemente en el sentimiento de bienestar y de calidad de vida, más aún en la etapa de adultez mayor. Para las políticas sociales de Chile y del mundo, esto ha ido tomando relevancia considerando que la población se ha ido envejeciendo y por ende se hace necesario preparar a la población para un envejecimiento activo y saludable.

En este contexto de envejecimiento de la población, en el cual los mayores de 60 años se duplicarán, al año 2050, Organizaciones internacionales como la OMS y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016), enfatizan en la necesidad de que los gobiernos garanticen políticas que permitan a las personas mayores seguir participando activamente en la sociedad, además de evitar las inequidades que con frecuencia sustentan la mala salud de estas personas y así mantener o lograr un mejor Bienestar.

El Servicio Nacional del Adulto Mayor³ (SENAMA), representa parte de las respuestas de Chile a los acuerdos internacionales, cuya misión es fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos; por medio de la coordinación intersectorial, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas (Senama 2019).

González (2012, en Aponte, 2015, p.2) refiere que el hecho de que la población adulta mayor vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción y que se garantice una mejor calidad de vida y una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique y al mismo tiempo, que el Estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, que les permitan llevar una vida digna y de calidad. Así también, Irrázaval (2016) plantea que en términos de bienestar, salud, situación económica y socialización, la política pública presenta el desafío de visualizar con mayor nitidez a dos grupos de personas mayores dentro del continuo del envejecimiento activo dado que, las personas mayores de 80 años experimentan o perciben peores condiciones de vida, que los mayores de 60, y así mismo esto debe ir acompañado de la capacitación a los funcionarios

³ Es un servicio público funcionalmente descentralizado, que se encuentra sometido a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio de Desarrollo Social, creado por medio de la promulgación de la Ley N°19.828, el 17 de septiembre de 2002 y comenzó sus funciones en enero de 2003.



que ejecutan estas políticas públicas, con el propósito de lograr el correcto manejo de las necesidades de cada uno de estos grupos.

En esta línea, la Convención Interamericana de los DDHH de las personas mayores (2015, p. 4,5) promueve el enfoque sobre envejecimiento activo y saludable⁴. Se considera la participación activa del adulto mayor en la actividad social y cultural, lo cual promueve una longevidad satisfactoria y es por ello la necesidad de crear una cultura para el envejecimiento (gerocultura) que propicie mecanismos reflexivos, que permitan una dinámica favorable desde el ámbito estatal, comunitario y familiar, hasta llegar a la persona, no solo sobre el envejecimiento en sí, sino desde el envejecimiento (Medisur, 2017).

Lorente (2017) manifiesta que, en algún sentido se envejece según se ha vivido y esto presupone que los cambios en la esfera social cuando el individuo llega a una edad avanzada están determinados por su conducta social previa. La posición del individuo en la sociedad se modifica en el curso de su vida y depende de factores biológicos, de patrones de conducta, de su personalidad, del rol social desempeñado y, en gran medida del sistema social y el momento histórico en que se desarrolla. El envejecimiento es también una experiencia personal donde cada uno puede hacer mucho para convertirse en agente de su propio proceso exitoso de envejecimiento, buscando con ello no solamente un beneficio personal, sino también social. De igual manera se sabe que, tanto la sociedad como el contexto sociopolítico, son actores clave en el proceso de que la población envejezca bien y activamente (Francke, 2009).

Lograr un envejecimiento satisfactorio y aumentar las posibilidades de envejecer con calidad de vida no es una cuestión del azar, sino más bien un elemento en el que se puede trabajar, según lo expone Causapié, Balbontín, Porras y Mateo (2011). Es por ello que se hace necesario e imprescindible desde las políticas y programas sociales, adoptar un enfoque de carácter preventivo que permita promover en las personas comportamientos saludables, tanto en el plano físico, psicológico como social.

De acuerdo a lo señalado, el reto en la adultez mayor es la lograr la integridad vs la desesperanza, por tanto, el tener o mantener un sentido de vida que les permita dar significado a los hechos pasados y aceptar el presente; mantener o formular proyectos que les ayuden a conectarse con sus deseos, motivaciones y capacidades generando un estado de Bienestar y satisfacción con su vida se hace necesario para que las personas mayores puedan continuar esta etapa de manera natural sin sentir que se produce un quiebre. En esta línea la presente investigación busca ahondar en “ el sentido de vida” que dan las personas mayores respecto de esta etapa de sus vidas, traducida o no en un proyecto de vida explícito, y a la vez indagar en la calidad de vida percibida de tal manera de configurar la relación entre estos dos ámbitos

⁴ entendido como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población.



de relevancia para una vida más satisfactoria en la adultez mayor, así como explorar los factores socio ambientales y personales que permitan configurar características de un envejecimiento positivo (integración) o pasivo (asociado a desesperanza) en esta etapa de la vida.





2. Marcos de Estudio

2.1. Marco Teórico

a) Teoría del desarrollo de Erikson

Erikson (1950, 1968, 1985), explica el desarrollo humano, desde la infancia a la senectud, como una búsqueda de la identidad personal, a través de ocho etapas, la resolución positiva de cada etapa es de suma importancia para poder acceder a las etapas siguientes. El conflicto propicia el paso de una etapa a otra superior, si esa “crisis” no se resuelve de forma satisfactoria, continúa demandando energía y causando dificultades. Por tanto, toda personalidad sana debe resolver la crisis de forma adecuada. La naturaleza de cada crisis es diferente y se caracteriza por una bipolarización (positiva-negativa) de estas crisis. (Erikson; citado en Izquierdo, 2005).

En la etapa de adultez mayor el conflicto psicosocial es la integridad frente a desesperación, la contradicción se expresa entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte. Durante este período se analizan los estadios anteriores, metas, objetivos fijados, alcanzados y no logrados, entre otros. El individuo entra así en un proceso filosófico orientado hacia la espiritualidad, las relaciones sociales y la búsqueda del envejecimiento satisfactorio (sabiduría), que según Erikson (1985), muy pocos individuos llegan a experimentar del todo, los adultos mayores necesitan contemplar su vida anterior y sentir una sensación de plenitud. El éxito en esta etapa conduce a sentimientos de sabiduría, mientras que los resultados de fracaso producen pesar, amargura y desesperación. Cuando los adultos entran en una etapa final de la vida, (Erikson, citado por Papalia y Wendkos, 1997), su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que lo hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego, la cual puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. Con la sabiduría el adulto sabe aceptar las limitaciones.

El paso a la tercera edad no pone fin a la generatividad de una persona. Erikson predice que a medida que la categoría de las personas mayores aumenta, éstas permanecerán implicadas en los asuntos del mundo durante mucho más tiempo (citado en Bordignon, 2005) Contempla la tercera edad como un período más productivo y creativo.

Erikson (1985), “considera que las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida con el fin de aceptar su muerte próxima. Luchan por lograr un



sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente".

Considerar, esta teoría para la investigación permite entender que una vez que las personas avanzan en edad y llegan a la etapa de la vejez, pueden realizar una mirada retrospectiva de su vida, lo cual les ayudara a sentir o darse cuenta si han alcanzado el cumplimiento de ciertas metas u objetivos trazados, lo que podría provocar en ellos una sensación de satisfacción y bienestar si es que sienten que han cumplido sus metas o también en el caso contrario se puede generar una desesperación por pensar que no realizaron todo lo necesario, por lo mismo, la mirada respecto del dar sentido a la vida y de un proyecto de vida que puede ir siendo reevaluado les permitiría redirigir energías a nuevas metas que aporten a conseguir la integridad y por lo mismo mayor bienestar, más aún cuando la expectativa de vida es cada vez mayor y los años propios de esta etapa son más extensos

b) Teoría de la Actividad

La teoría de la actividad (Havighurst y Albrecht, 1953), sostiene que cuanto más activas sean las personas mayores, mayor satisfacción obtendrán en su vida. Esta teoría de la actividad no fue desarrollada explícitamente hasta que debió enfrentar el desafío de la teoría del descompromiso. En su formulación original (Cavan, Burgess, Havighurst y Goldhamer, 1949; Havighurst y Albrecht, 1953) no estaba enmarcada dentro del interaccionismo simbólico. Sin embargo, en los desarrollos posteriores (Cavan, 1962; citado en Oddone, 2013) aparece más estrechamente ligada a esta corriente teórica, ya que en ellos se destaca la importancia de la interacción social en el desarrollo del concepto de sí mismo en la vejez.

Desde la perspectiva de la teoría de la actividad, el concepto de sí mismo está relacionado con los roles desempeñados. Como en la vejez se produce una pérdida de roles (por ejemplo, trabajador-jubilado; casada-viudo), para mantener un autoconcepto positivo éstos deben ser sustituidos por roles nuevos. Por lo tanto, el bienestar en la adultez mayor va a depender de que se desarrolle una actividad adecuada en los nuevos roles que se vayan adquiriendo.

La teoría de la actividad proporciona la justificación conceptual al supuesto que subyace en gran cantidad de programas para las personas mayores, como es en nuestro país el programa Envejecimiento activo y Adulto mejor: la actividad social es beneficiosa en sí misma y tiene como resultado una mayor satisfacción en la vida. Al mismo tiempo, sin embargo, la teoría supone que todas las personas mayores necesitan y desean mantenerse activos y participativos. Lemon, Bengtson y Peterson (1972), encontraron que la relación entre bienestar y actividad en la vejez depende del tipo de actividad: formal, informal, individual, grupal.

Desde la perspectiva psicológica, se ha descrito la Teoría de la Actividad. Havighurst (1987; citado en Parra, 2017), como el centro del envejecimiento saludable. Se concibe que la continuidad en el desarrollo de actividades, por parte de adultos mayores, permite que puedan



tener una mayor esperanza de vida, que a su vez sea en mejores condiciones, más aún si las actividades están dentro de sus preferencias, y logran ajustarse al desempeño de nuevos roles que dinamicen y enriquezcan sus vidas.

Para esta investigación la teoría de la actividad permite describir cómo el proceso de envejecimiento de las personas mayores se hace más satisfactorio al participar en actividades sociales que realizan de acuerdo a su proyecto de vida o bien como estas actividades se han ido desarrollando e incorporando al pasar de un rol a otro dándole mayor sentido y permitiendo que la calidad de vida percibida sea mejor, en este sentido las personas al mantenerse activas mantienen una moral alta que les ayuda a sobrellevar de mejor forma su vida y aquí las relaciones familiares y sociales son parte importante de ello.

c) Teoría de la continuidad

Robert Atchley (1971,1972) considera que la vejez es una prolongación de las etapas evolutivas anteriores y el comportamiento de una persona en este momento estaría condicionado por las habilidades desarrolladas. Una persona mayor puede encontrarse con situaciones sociales diferentes a las ya experimentadas, sin embargo, la capacidad de respuesta, la adaptación a procesos nuevos, así como el estilo de vida que mantiene en esta etapa de envejecimiento están determinados, entre otros factores, por los hábitos, estilos de vida previos y la manera de ser y comportarse que ha seguido a lo largo de su vida en el pasado.

La teoría de la continuidad basada en la teoría de la actividad concibe al individuo en permanente desarrollo. La llegada de la etapa de la jubilación para una persona no implica necesariamente la paralización o cese del crecimiento humano y social. En esta etapa se mantiene la capacidad para crear o sobreponerse a experiencias adversas provenientes de los distintos ámbitos que le rodean, la salud, lo social o lo psicológico.

El mantener las actividades desarrolladas en las etapas anteriores o bien desarrollar otras actividades nuevas se convierten en una garantía para tener una vejez exitosa, considerando aquellos elementos que son parte del pasado y también del presente. Por tanto, la respuesta para comprender la actitud de las personas mayores ante los cambios que se producen en la vejez debe indagarse en la personalidad previa a este momento. Así el proceso de adaptación a los cambios en la vejez adquiere garantías de éxito cuando la persona ha continuado en actividad. Por tanto, la continuidad es la clave y puede ser entendida en sí misma como un objetivo a conseguir para lograr esta adaptación.

En la perspectiva de esta teoría y la investigación desarrollada, si las personas logran concebir que cada etapa es continua una de otra sin tener que producirse cortes o quiebres, que es posible seguir desarrollando ciertas actividades y si dejan de asumir ciertas tareas, roles o funciones, pueden potenciar otras, que derivan de la perspectiva de sentido que tienen en su vida y que favorece esta adaptación a los cambios en esta etapa podrán lograr una vejez exitosa y por consecuencia una mejor calidad de vida.



2.2. Marco Conceptual

a) Sentido de Vida y Adulto Mayor

Desde el pensamiento de Frankl (1994), el sentido de la vida abarca también el propósito vital, los valores y las respuestas que se dan a las preguntas que la vida plantea. En la logoterapia se sabe que el sentido es único, personal, intransferible y situado. El experimentar que la vida propia tiene sentido es, para este autor, la fuerza motivacional fundamental del ser humano y condición de la autorrealización personal (Frankl, 1994).

El logro de sentido se asocia positivamente a percepción y vivencia de libertad; responsabilidad y autodeterminación; cumplimiento de metas vitales; visión positiva de la vida, del futuro y de sí mismo; y autorrealización. Cuando no se alcanza el logro existencial se origina una frustración que se asociaría a la desesperanza caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida; por un vacío existencial que se manifestaría en un estado de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas vitales. La desesperanza por causa existencial puede comportar riesgo suicida más en sujetos cuyas condiciones personales de salud física, social y económica son favorables, que cuando tales condiciones no son tan buenas pero que sí se experimenta el logro mismo de sentido (Frankl, 1997, 2001).

Para Martínez (2011), sentido de vida se define como la percepción afectiva cognitiva de valores que invitan a la persona a actuar de un modo u otro ante situaciones específicas en la vida en general, dando coherencia e identidad personal.

El desarrollo de un sentido de la vida puede verse frustrado en la medida en que las metas, anhelos o expectativas de vida no sean realizados o nuestros parámetros de vida de seguridad y certidumbre sean afectados por situaciones de "crisis" donde no se cuenta con las herramientas adecuadas para afrontarlos (Castro, 2006). En tales situaciones, la presencia de un conjunto de sensaciones y cambios en nuestro día a día, surgen como 'síntomas' de un estado de frustración existencial que afecta nuestro sentido de vida que ha sido denominado como un '*vacío existencial*': "la pérdida del sentimiento de que la vida es significativa" (Frankl, 1996).

De acuerdo Francke (2009), el sentido de la vida en la etapa de adulto mayor se convierte en un reto para la persona. Cada uno decide a dónde ir y qué actitud tomar frente a la vida, estrechamente vinculado al aprecio por la vida. En este camino hacia el sentido nos encontraremos con dos clases de personas: aquellas que dicen sí a la vida a pesar de los reveses, que se sienten usualmente satisfechas y felices; y las que siempre dicen no, por lo general están enajenadas, frustradas y vacías. Esta disposición es el resultado de las experiencias de la niñez y posteriormente, durante el transcurso de su vida, de modelos de comportamiento y enseñanzas.



b) Calidad de vida y Bienestar en personas mayores

La calidad de Vida es un “concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos. Incluye diversos ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivas y otorga un peso específico para cada ámbito de la vida, los que pueden ser considerados más importantes para un individuo que para otro” (IMSERSO y Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2010).

La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros. La especificidad va a depender del contexto demográfico, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez (tanto grupal como individualmente) porque, desde el punto de vista individual, no es lo mismo envejecer siendo pobre que teniendo recursos económicos, o en un país desarrollado que en uno en vías de desarrollo (León, Rojas y Campos, 2010).

La calidad de vida contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socio ambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Por tanto, reducir el concepto a un solo ámbito resulta insuficiente. Entonces, se puede señalar que las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida. Toda persona mayor, incluso en los casos más extremos, puede aspirar a mayores grados de satisfacción y bienestar, así como a mejorar su calidad de vida. (Guía calidad de vida en la vejez 2010 pag.14).

La calidad de vida considera indicadores objetivos para poder medirse en la realidad. Se trata de aspectos observables que contribuyen al bienestar, como, por ejemplo: los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de renta, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares, entre otros. (guía calidad de vida en la vejez 2010 pag.14).

Así también el concepto calidad de vida implica aspectos subjetivos, como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros.

La evolución de este concepto muestra la combinación de componentes subjetivos y objetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida “objetivas” de una persona, junto a la satisfacción que ésta experimenta frente a estos múltiples factores.



Asimismo, Ortiz y Castro (2009, p.26) plantean que el bienestar es un tema complejo, el cual no tiene una clara delimitación conceptual, debido a lo confuso de su estudio, determinada en muchos casos por su carácter temporal y a su vez porque abarca diversos enfoques, esto no ha permitido llegar a un consenso en términos conceptuales y de medición.

Por otra parte, Ortiz y Castro (2009, p.27) describe que el bienestar psicológico y la autoestima, en la etapa de adultez mayor, es importante, ya que éstos deben apreciar sus experiencias y habilidades, las que han sufrido cambios en relación con años atrás. La dificultad se encuentra principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, ya que, si el adulto mayor se halla en una situación física, social y culturalmente deteriorada, se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente.

El concepto calidad de vida es relativo, como lo son otros, como, por ejemplo, bienestar, felicidad, etc. Resulta evidente que hay muchos condicionamientos que influyen en este aspecto (físicos, psíquicos, sociales, espirituales, culturales, filosóficos, médicos, etc.), y que tienen mucho que ver con la valoración que la persona haga sobre sí mismo. (Lugone, 2002)

c) Adulto Mayor y envejecimiento.

Se considera al adulto mayor como “un ser complejo y multidimensional; en cuyo bienestar influyen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad y su historia de vida, entre otros factores” (Fernández, 2009, p.21).

En la Asamblea Mundial de Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982, se acordó acotar en esta categoría al segmento de la población que comprende 60 años y más. Se conoce que no todas las personas envejecen de la misma manera, así la edad cronológica puede ser un criterio útil pero no forzosamente exacto, pues al parecer existe un tiempo de envejecimiento que es propio de cada persona (Martínez y Fernández, 2008).

Según la OMS (2015), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

La Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores entiende a la vejez “como una construcción social de la última etapa del curso de vida” y al envejecimiento “como proceso gradual, que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales” define a las personas mayores como titulares de derechos y no objetos de las políticas asistenciales. Este reconocimiento persigue promover, proteger y asegurar el goce pleno de todos los derechos humanos por parte de este grupo social y, desarrollar el respeto de su dignidad en igualdad de condiciones con las demás personas.



Para Dulcey y Uribe (2002), el envejecimiento diferencial, en términos individuales, se produce de diferentes formas de acuerdo con cada persona. Esto implica que la vejez sea probablemente la etapa vital en la que más diferencias se encuentren entre las personas, debido a la combinación de factores de orden biológico y ambiental, que se entrecruzan a lo largo de la vida. Los factores ambientales que inciden en los procesos de envejecimiento aluden a diferentes variables como la clase social, el género, la orientación sexual, la etnia, el área geográfica -rural/urbana, las creencias religiosas, el nivel educativo alcanzado, entre muchas otras.

Desde lo sociológico, se ha abordado este concepto partiendo del hecho que no existe el envejecimiento como un fenómeno universal, sino que “hay modos de envejecer diferenciados para cada cultura, sociedad e, incluso, grupos sociales” (Yuni y Urbano, 2008).

Algunas de las denominaciones utilizadas para referirse a las personas de más de 60 o 65 años son prejuiciosas o representan una visión negativa de la población envejecida a nivel sociocultural. Es por ello, que se hace necesario utilizar los conceptos adecuados. En la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos de las Personas Mayores define en su artículo 2º, como “Persona mayor”, a aquella de sesenta años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los sesenta y cinco años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor.

En relación con los adultos mayores dependientes la Organización mundial de la salud (2015; citada por el Gobierno de Chile, S.F.), define que “una persona es dependiente cuando, su capacidad de funcionamiento, no le permite llevar a cabo las tareas básicas de la vida diaria, a no ser que alguien le ayude”. Es decir, una persona dependiente, es aquella que necesita ser apoyada por otras personas, para poder seguir haciendo las cosas del día a día (camina, cocinar, vestirse, etc.). “Teniendo presente lo anterior, podemos decir que el atributo de dependencia se corresponde, en general, con un proceso temporal en el cual, los individuos van perdiendo sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales. También encontraremos casos de individuos cuya dependencia no se corresponde con este proceso temporal, sino más bien con malformaciones congénitas o problemas de salud mental. Por otra parte, también existen individuos que, no habiendo nacido con problemas físicos o mentales, producto de accidentes pierden dichas capacidades, transformándose en individuos dependientes” (Superintendencia de la salud, 2008, pág.14).

d. Políticas Públicas y Adulto Mayor

La promulgación de la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores fue aprobada por el Congreso Nacional de Chile, el 9 de marzo de 2017 y el Instrumento de Ratificación de la referida Convención se depositó el 15 de agosto de 2017, ante la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, con las siguientes declaraciones (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017):



Las instituciones públicas son algo más que el rostro del Estado: son el marco social para la acción. Constituyen instrumentos fundamentales para la implementación nacional de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y, en el caso de las personas mayores u otros grupos en condición de vulnerabilidad, representan el acuerdo político que abre las puertas del Estado a sus demandas, intereses y necesidades. Los gobiernos deben escuchar las opiniones de las personas mayores y brindarles, a través de sus instituciones, la certeza de que desplegarán el máximo de recursos disponibles para proteger su dignidad y asegurar la igualdad.

Huenchuan (2016), señala que “La consolidación de la institucionalidad pública dirigida a las personas mayores en la región aún presenta un sinnúmero de dificultades. Sin embargo, su sola existencia es un buen punto de partida. Las instituciones son instrumentos que pueden facilitar o restringir el avance de las acciones orientadas a las personas mayores y, consecuentemente, su constitución como ciudadanos, en la medida en que tienen la posibilidad de proporcionar los mecanismos, instrumentos y recursos para asegurar la efectividad de los derechos (Jusidman, 2007).

El envejecimiento es un proceso que abarca todo el ciclo vital y que cruza a toda la población. En Chile, los derechos y la protección social proveen el marco ético-normativo a partir del cual se han diseñado e implementado las políticas y programas sociales para el mejoramiento efectivo de la calidad de vida de las personas mayores en los últimos 27 años, políticas que además han delimitado tres ámbitos prioritarios de intervención: la vulnerabilidad, la dependencia y la participación social (Huenchuan, 2016)

En nuestro país existe el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y la materialización de esta institucionalidad tiene una historia previa que fue imprescindible para llegar hasta el escenario actual. En la década de 1990 se realizaron los primeros diagnósticos, posteriormente fue el lanzamiento de la Política Integral de Envejecimiento Positivo (2012), la cual buscaba proteger la salud funcional y mejorar la integración de las personas mayores en los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo. En la actualidad el SENAMA, (dependiente del Ministerio de Desarrollo Social) es la institución abocada al diseño y la coordinación de las políticas públicas de envejecimiento y vejez en Chile. La institución también ha logrado instalar la temática en la agenda pública, consolidando su accionar a través del desarrollo e implementación de la Política Integral de Envejecimiento Positivo (Senama, 2012).

El programa “Adulto Mejor”, busca promover medidas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, consiste en un plan multisectorial que trabaja en coordinación con el SENAMA, Ministerios, Servicios e instituciones del sector público, en conjunto con alianzas público-privadas, con el objetivo de generar un cambio cultural en el país respecto a la mirada que se tiene de las personas mayores, favoreciendo así su integración e inclusión en distintos ámbitos de la sociedad.



El plan se estructura en tres pilares fundamentales: Ciudades Amigables, Servicios Cercanos y Vida Saludable. La primera implica abordar desafíos urbanos propios de una población envejecida, con el fin de fomentar la autonomía, participación y calidad de vida de las personas mayores; el eje de “Servicios Cercanos” se trabaja en promover instituciones y servicios amigables con el fin de mejorar los accesos, entregar atención oportuna y de calidad y adecuar los trámites y procesos a las necesidades de los adultos mayores y el tercer pilar “Vida Saludable” se orienta a implementar estilos de vida activos y participativos para las personas de la tercera edad, a través de iniciativas que desarrollen el esparcimiento, la actividad física, la vida al aire libre y el intercambio generacional, con el fin de mejorar su salud y bienestar.

Desde esa mirada en Chile existe “Experiencia Mayor”, lo cual se enmarca dentro de las iniciativas que desarrolla SENCE, orientadas a adultos mayores, y que promueve la contratación de adultos mayores y su formación al interior de las empresas. Esta política considera una bonificación por concepto de contratación de hasta el 60% de un ingreso mínimo mensual y una bonificación opcional por concepto de capacitación de hasta 400 mil pesos por persona contratada. Su principal objetivo es facilitar la participación laboral de la tercera edad.

Envejecimiento activo y positivo.

El envejecimiento activo fue propuesto por la Asamblea Mundial de Envejecimiento, realizada en Madrid en el 2002 como eje de las acciones y estrategias aprobadas para el logro de los derechos de las personas mayores. La Organización Mundial de la Salud, lo define como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; lo que les permite realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su curso vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados (OMS, 2001).

En nuestro país el programa **envejecimiento activo** tiene como objetivo lograr que los adultos mayores participen de actividades que promuevan el envejecer activamente, para lo cual se requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, el encuentro, la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables, que aporten a la calidad de vida y retrasen los niveles de dependencia. El programa se divide en tres componentes: Talleres para fortalecer habilidades en la vejez, y Jornadas y Seminarios para fortalecer habilidades en la vejez, y Espacio Mayor, con el propósito de contribuir al envejecimiento activo de las personas mayores, estas líneas de trabajo proporcionan conocimientos y oportunidades para el desarrollo personal de las personas mayores, además brinda oportunidades de acceso a la cultura, recreación y esparcimiento. Lo anterior, se materializa a través de la participación de personas mayores en talleres, encuentros, jornadas, seminarios, actividades de recreación y cultura (SENAMA, 2019)



El envejecimiento positivo es la creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades, y opera simultáneamente como proceso biográfico a nivel individual e histórico a nivel social. Para las personas comienza con la gestación y termina con un buen morir, mientras que para las sociedades comienza fundamentalmente con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad, pero no tiene un término claro. Como política, la esencia del envejecimiento positivo está en que no se limita a solucionar problemas, sino que busca crear un futuro deseable, donde el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica y donde las personas mayores sean autovalentes, estén integradas a los distintos ámbitos de la sociedad y reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes (SENAMA, 2013). Así formulada, una política de envejecimiento positivo es una política para todo Chile, porque todos los chilenos están envejeciendo y a todos los chilenos les afecta el envejecimiento de la estructura demográfica.

Como concepto, el envejecimiento positivo contiene en sí mismo las significaciones del envejecimiento saludable y activo, que integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer y posicionan a las personas mayores como sujetos de derechos (Alvarado y Salazar, 2014). El desarrollo de estos enfoques ha sido secuencial y acumulativo, de tal forma que los nuevos enfoques incorporan los postulados de enfoques anteriores en vez de reemplazarlos.

Calvo (2013), señala que el envejecimiento positivo fue definido como la creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades, donde el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica, y donde las personas mayores gocen de buenos niveles de salud, integración y bienestar subjetivo.

2.3. Marco Empírico

A continuación, se hace referencia a estudios nacionales e internacionales relacionados al foco central de investigación y organizados en torno a los temas de Calidad de vida y Sentido de Vida /Proyecto de Vida:

a) Calidad de Vida en personas mayores

- ✓ **La IV Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (2018).** Reporta un aumento general del bienestar en las personas mayores. Esta encuesta ha corroborado un resultado esperable, y es que las condiciones de vida económicas y de salud son esenciales para mantener un adecuado nivel de bienestar. Sin embargo, también ha revelado la importancia de otros factores, como por ejemplo el mantener las redes familiares y que estas a su vez sean armoniosas. Asimismo, se ha constatado que vivir la vejez de una manera activa, con participación en organizaciones sociales como también saliendo diariamente y leyendo regularmente, se asocia con el mejoramiento del bienestar entre las personas mayores.



En cuanto a la satisfacción general con la vida, entre los años 2007 al 2016, se ha generado un aumento sostenido en nuestro país, ya que los adultos mayores manifiestan estar muy satisfechos con su vida.

- ✓ **Flores, Castillo, Ponce y Miranda, (2017), en la investigación “Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar” (México)**, buscaban evaluar el nivel de calidad de vida percibida por los adultos mayores desde su contexto familiar. Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en una población de personas adultas mayores que acudieron a un Centro de Salud Comunitario en Matamoros, Tamaulipas. Mediante un muestreo no probabilístico de bola de nieve se seleccionaron 99 adultos mayores autónomos que viven en contexto familiar. Para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores se utilizó la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Los resultados indican que la percepción de la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores; en el 44.4% fue aceptable y solo en el 10.1% alta. La dimensión de salud física alcanzó una media de 39.32, la psicológica 42.67, las relaciones sociales 39.30 y el medio ambiente 37.40.
- ✓ **Martínez, Camarero, González y Martínez Brito (2016), “Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco” (Cuba)**. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo constituida por 76 personas entre los 60 a 80 años de ambos sexos. Se aplicó la escala MGH Calidad de Vida. Los resultados muestran que la calidad de vida estuvo más afectada en los adultos mayores del sexo masculino, con edades entre 70-74 años, sin pareja, con nivel escolar primario y aquellos no reinsertados laboralmente. Afirman que aquellas personas que se mantienen activas, con responsabilidad y plena actitud funcional apenas muestran cambios en su personalidad. Las personas mayores que siguen siendo emprendedoras, activas, interesadas por el mundo, por las relaciones, las tareas, por el sexo, viven más tiempo y más felices y afrontan mejor el paso de los años.
- ✓ **Oliver, Gutiérrez, Tomás, Galiana y Sancho (2016), “Validación de un modelo explicativo del proceso de envejecer con éxito a partir de aspectos psicológicos, físicos, relacionales y de ocio” (España)** El objetivo de esta investigación fue obtener respuesta empírica a la pregunta de si un modelo de envejecimiento con éxito planteado desde un contexto diferente como es el taiwanés es adecuado para representar este proceso en las personas mayores. La muestra estuvo formada por 737 personas mayores. La investigación tiene un diseño de panel, en el que participaron personas que acudían a los programas de aprendizaje a través del ciclo vital de la Universidad de Valencia (Aulas de la Tercera Edad y Unimajors) durante el curso 2014-2015. Se recabaron datos de variables sociodemográficas y diversas escalas para evaluar satisfacción con la vida, ocio, salud y apoyo social. Los resultados obtenidos mostraron un ajuste adecuado. En concreto, se observó que entre otros factores teóricamente influyentes como salud y apoyo social el cómo las personas mayores gestionan su tiempo de ocio, no es un factor tan determinante como en otros estudios similares.



- ✓ **El estudio de Vivaldi y Barra (2012), “Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores” (Chile).** Tuvo como objetivo examinar el bienestar psicológico de un grupo de adultos mayores de la ciudad de Concepción y sus relaciones con el apoyo social percibido y la autopercepción del estado de salud, junto con examinar posibles diferencias de género y de estado civil en las variables examinadas. Método, se estudió a 250 personas, con edades entre 60 y 87 años de la ciudad de Concepción. Los Resultados mostraron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud; que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable.

- ✓ **Castillo, Abala, Dangour y Uauy (2012), en la investigación sobre “Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago” (Chile)** Su objetivo fue evaluar la asociación entre satisfacción vital con el nivel socioeconómico y el auto reporte del estado de salud en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile en los años 2005 y 2006. Es un estudio transversal que incluyó 2002 sujetos entre 65 y 67,9 años, registrados en 20 centros de salud primaria del Gran Santiago, autovalentes, sin deterioro cognitivo, sospecha de cáncer ni enfermedad terminal. Se evaluó la satisfacción vital mediante una adaptación abreviada del LSI de Neugarten (1965), validada en Chile (2009), que incluyó cuatro sentencias más una pregunta introductoria sobre la autopercepción de la edad. Los principales resultados obtenidos muestran una asociación significativa entre satisfacción vital e ingresos económicos en los hombres, y en ambos sexos con el apoyo social, el auto reporte de salud, la memoria y los diagnósticos de problemas articulares, diabetes e hipertensión. Se concluyó que la situación económica, el apoyo social y el estado de salud se asocian de forma independiente con la satisfacción vital en los adultos mayores de Santiago. Se requieren nuevos estudios para evaluar la dirección temporal del efecto, así como las implicaciones de estos hallazgos en las políticas públicas de salud en esta población.

- ✓ **San Román, Toffoletto, Oyanedel Vargas y Reynaldos (2011), “Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en los Adultos Mayores en Chile”** Utilizaron como método un estudio analítico de corte transversal con datos secundarios de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), de 2011, con personas mayores de 60 años o más, de ambos sexos, tanto en el área urbana, como rural. La muestra fue representativa de la población urbana y rural de las 15 regiones del país. Para efectos de este estudio, se utilizó la submuestra que correspondió a 20.351 adultos mayores que respondieron la pregunta sobre satisfacción vital. Los resultados muestran que la satisfacción con la vida se asoció con mayor edad; ser hombre; participación en organizaciones sociales; estar casado o convivir en pareja; tener estudios superiores; mayor ingreso; buena percepción del estado de salud; mejor atención sanitaria. Y como finalmente se concluyen que, paso de los años refuerza la satisfacción con la vida, pero,



en confluencia con una adecuada percepción de salud e ingresos, que permitan una calidad de vida óptima.

- ✓ **Osorio, Torrejon y Anigstein (2011) “Calidad de vida en las personas adultas mayores en Chile”** Desde una perspectiva subjetiva, considerando el punto de vista de los propios adultos mayores. La metodología utilizada fue a través de 16 grupos focales, a personas de 60 años y autovalentes; y 10 entrevistas en profundidad a mayores de 60 años, semi-autovalentes. Los resultados muestran que las definiciones de calidad de vida entregadas por los adultos mayores varían en sus énfasis puede resumirse como la constante vinculación, y muchas veces tensión, entre las condiciones individuales y las condiciones sociales. Para las personas mayores, la calidad de vida es una actitud positiva frente a la vida, la cual se ve determinada por las condiciones de salud y las relaciones interpersonales, pero también por las condiciones estructurales presentes en la sociedad, derechos y oportunidades, y acceso a servicios básicos. Dentro de la multiplicidad de factores que identificaron como componentes de la calidad de vida en la vejez, el entorno social aparece como uno de los más influyentes, debido a que puede limitar la participación efectiva en espacios de decisión.

b) Sentido de Vida / Proyecto de Vida en personas mayores

- ✓ **Araya, Bascourt, Fuentes y Villouta Proyecto de vida y factores psicosociales: incidencia en el bienestar integral de adultos mayores de la provincia de Concepción” (2018). Chile. Tesis de grado:** Esta investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo a 120 adultos mayores. Para la medición de la variable de Bienestar Integral (calidad de vida) se utilizó la Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF y para medir proyecto de vida (sentido de vida) el Test de sentido en la vida (PIL-Purpose Life Test desarrollado por Crumbaugh y Maholick en 1969). Los resultados muestran que un 57,2% de la población en estudio presenta un moderado sentido de vida y un 44,1% un moderado nivel de bienestar, con una correlación moderada (0,427) entre dichas variables. El proyecto de vida tiene una moderada correlación, pero significativa con factores como apoyo familiar, autoestima y autonomía física, no así con la situación de salud de los adultos mayores. Concluyen que existe conocimiento del concepto proyecto de vida, además de que la mayoría del grupo estudiado tiene una percepción positiva de su bienestar en esta etapa de la vida.
- ✓ **Goncalves y Segovia, (2017), desarrollaron la investigación sobre “La generación de proyectos de vida en adultos mayores. Autopercepción sobre competencias desarrolladas, posibilidades de aprendizaje y motivaciones”** cuyo objetivo fue evaluar la posibilidad de construcción de un proyecto de vida en adultos mayores a partir de la autopercepción sobre sus posibilidades de aprendizaje, su vinculación con el entorno y las competencias desarrolladas desde su propio criterio de realidad. Se realizó una investigación mixta, cuantitativo-cualitativo, descriptivo, de corte transeccional que considero como unidad de análisis a personas mayores de 60 años de ambos sexos de



Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Conurbano Bonaerense de Argentina. Se utilizó la técnica bola de nieve. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos fueron la entrevista en profundidad y encuesta. Los resultados informan que, desde la autopercepción de la población de adultos mayores, la posibilidad de aprendizaje se asume como una realidad y se experimenta en la cotidianidad, ya sea como aprendizaje de vida, como conocimiento o como experiencia. Se observa criterio de realidad para identificar tanto las competencias fortalecidas con la edad como aquellas que se evidencian limitadas.

- ✓ **Conde (2014) "Sentido de vida en mujeres adultas mayores que no trabajan fuera del hogar y no tienen hijos en edad de crianza, residentes en la ciudad de Guatemala."** La investigación tuvo como objetivo establecer el sentido de vida de mujeres adultas mayores de la clase media, quienes ya no están o no han estado a cargo de la crianza de sus hijos y no trabajan fuera del hogar. El instrumento utilizado fue el test "Purpose-In-Life test" (PIL). El diseño de esta investigación es cuantitativo no experimental y transversal. Se concluye que las mujeres adultas mayores de la clase media de la ciudad de Guatemala, quienes ya no están o no han estado a cargo de la crianza de sus hijos y no trabajan fuera del hogar presentaron un alto sentido de vida, de igual forma manifestaron sentir una sensación de poco control sobre la vida y a su vez presentan preocupaciones sobre la muerte.
- ✓ **Hedberg, Gustafson y Brulin el año 2010 en Suecia publicaron el artículo llamado "Propósito en la vida entre hombres y mujeres de 85 años" (Suecia).** Con el objetivo de explorar el propósito de la vida en relación con el bienestar psicológico y las relaciones sociales, así como los síntomas físicos y psicológicos entre hombres y mujeres muy mayores. Se realizó un estudio transversal, con un total de 189 participantes, que vivían en un condado en el norte de Suecia, 120 mujeres y 69 hombres, de 85 a 103 años. La recolección de datos se llevó a cabo en el hogar de cada participante, mediante cuestionarios, entrevistas y evaluaciones. Los instrumentos utilizados fueron, la escala de propósito en la vida de 20 elementos en una escala likert del 1 al 7, la escala PGCM usada para medir el bienestar psicológico y la moral, por otro lado, para medir relaciones sociales se utilizó un cuestionario con preguntas como tenencia de hijos, familia para hablar y un amigo o si vivían solos. Los resultados señalan que **los adultos mayores experimentaron sentimientos de indecisión sobre el propósito en la vida**; se observó en este estudio que las mujeres tienen más ideados sus propósitos de vidas en comparación a los hombres.
- ✓ **Francke (2009) en la investigación "El Sentido de la Vida y el Adulto Mayor en el Área Metropolitana de Monterrey"; México.** Tenía por objetivo conocer las capacidades, habilidades y experiencias de las personas que se encuentran en la plenitud de su vida en el área metropolitana de Monterrey, buscando dignificar, significar y



maximizar el compromiso con la vida, lo cual implica participación social. Es una investigación transversal descriptiva e inferencial con 731 adultos mayores (de 60 años en adelante) en un sólo momento, en un tiempo único. Se utilizaron el Mini Examen Cognoscitivo MEC-30, el Índice de Barthel y el test del Sentido de la Vida. De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluyó que hay adultos con independencia funcional, con bajo o nulo deterioro cognitivo con **una alta presencia de metas y sentido de vida**. Del cual no son conscientes y, que, por otro lado, constituyen un capital humano valioso para hacer frente a los nuevos retos que les demanda el envejecimiento poblacional. Plantea que los diseñadores de políticas deben reconocer que las personas mayores pueden ser vulnerables, pero a la vez pueden representar un recurso valioso de trabajo y colaboración” (p.29).

- ✓ **García, Gallego y Pérez (2008) en el estudio “Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico”. España.** Tuvo por objetivo comprobar la relación entre el sentido de la vida y la desesperanza en un grupo de 302 sujetos. Se aplicó el Purpose In Life Test (Test de Sentido de la Vida, PIL; Crumbaugh & Maholick, 1969) y la Hopelessness Scale (Escala de Desesperanza, HS; Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974). Los resultados apoyan la hipótesis planteada que el logro de sentido se asocia a nivel nulo-mínimo de desesperanza, mientras que el vacío existencial se asocia a nivel moderado-alto de desesperanza, de manera estadísticamente significativa. Sentido de la vida y desesperanza mantienen una asociación significativa de tipo negativo.





3. Objetivos e Hipótesis

3.1. Objetivo General

Conocer el sentido de vida y relación con la calidad de vida según características sociodemográficas de personas mayores residentes en el gran Concepción.

3.2. Objetivos Específicos

- Describir las características, demográficas, familiares y sociales de las personas mayores residentes en el gran Concepción.
- Describir el Sentido de vida que presentan las personas mayores residentes en el Gran Concepción, y su relación con características sociodemográficas.
- Evaluar la calidad de vida percibida de acuerdo a variables sociodemográficas en las personas mayores residentes en el Gran Concepción.
- Dimensionar la relación entre Sentido de vida y Calidad de Vida, y asociación con Variables psicosociales en personas mayores residentes en el Gran Concepción.

3.3. Hipótesis

- Existe relación directa entre la percepción de calidad de vida y el nivel de sentido de vida que presentan las personas mayores residentes en el gran Concepción.



4. Identificación y Definición de Variables

a) Variables dependientes

- ✓ Calidad de Vida /Bienestar Integral
- ✓ Satisfacción vital
- ✓ Felicidad Global

b) Variables independientes

- ✓ Sentido de Vida
- ✓ Variables socio demográficas (Sexo, edad, estado civil, religión, lugar de residencia, ingresos, ocupación y escolaridad).
- ✓ Variables familiares (apoyo familiar, tipología familiar)
- ✓ Variables psicosociales (autoestima, autonomía física, apoyo social, estado de salud)

c) Definición de Variables I

VARIABLES	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Sentido de Vida	Sentido de vida se define como la percepción afectiva cognitiva de valores que invitan a la persona a actuar de un modo u otro ante situaciones específicas en la vida en general, dando coherencia e identidad personal (Martínez, 2011).	Se utilizó el Test de Sentido en la Vida (PIL), desarrollado por los autores Crumbaugh y Maholick (1964),
Calidad de vida	Es la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativa, estándares y preocupaciones (OMS 1994)	Se aplicó la escala de calidad de vida- WHOQOL-BREF (OMS grupo Whoqol 1995)
Satisfacción Vital	Valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta (familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre) (Diener, 1994; García, 2002; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; García y González, 2000; Liberalesso, 2002), siendo los dominios de funcionamiento más cercanos e inmediatos a la vida personal de los individuos los que tendrían mayor influencia sobre el bienestar personal.	La variable satisfacción vital se midió a través de la escala de satisfacción vital,
Felicidad Global	Es definida como el grado con que una persona aprecia la totalidad de su vida presente de forma positiva y experimenta afectos de tipo placentero.	Se midió a través de la escala de Felicidad global de Gurín, Veroff y Feld (1960)
Apoyo Familiar	Proceso psicosocial que implica considerar que las formas en las que este se dé y los y los significados y	se midió a través de la Escala de Apoyo familiar



	valores que se le atribuyen, sólo podrán ser comprendidos a la luz de un contexto socio histórico específico (Jiménez, Mendibur y Olmedo, 2011).	elaborada por Leyton (1998).
Apoyo Social	Es una serie de recursos psicológicos (proveniente de otras personas) que son significativas para un individuo y que lo hacen sentirse estimado y valorado. Están compuestas por transacciones interpersonales que implican la expresión de afectos positivos y la provisión de ayuda o asistencia a una o más personas.	Se aplicó la Escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS) de Zimet (1988).
Autonomía Física	Hace referencia a la condición de aquel o aquello que, en determinados contextos, no tiene dependencia de nadie. Por eso la autonomía se asocia a la independencia, la libertad y la soberanía.	Se aplicó la Escala de autonomía física de Pincus y Sokka (2007),
Características Demográficas	<p>Sexo: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas (RAE, 2019).</p> <p>Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (RAE, 2019).</p> <p>Estado Civil: Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales (RAE, 2019).</p> <p>Religión: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente de oración y sacrificio para darle culto (RAE, 2019).</p> <p>Ingreso: Caudal que entra en poder de alguien, y que le es de cargo en las cuentas (RAE, 2019).</p> <p>Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (RAE, 2019).</p> <p>Ocupación: Trabajo, empleo, oficio (RAE, 2019).</p>	Para medir estas variables, se utilizaron preguntas directas de elaboración propia de la tesista.



5. Metodología

a) Diseño y tipo de estudio

Como estrategia metodológica se optó por un estudio de corte cuantitativo, no experimental dado que se observó la realidad sin intervenir en ella; el alcance es de tipo descriptivo-correlacional por cuanto se buscó medir o recoger información de manera independiente respecto de las variables de interés investigativo: Sentido de Vida y Calidad de Vida, además de analizar la relación entre estas y asimismo con variables sociodemográficas y otros factores psicosociales

Respecto a la dimensión temporal, correspondió a un estudio transversal o transaccional, dado que los datos corresponden a la presencia de estos fenómenos sociales en un momento y en un tiempo determinado.

b) Unidad de Análisis

Para esta investigación corresponde al Sentido de Vida en las personas mayores y la relación con la Calidad de Vida.



c) Unidad de Observación

Criterios de Inclusión:

- ✓ Corresponde a personas mayores que residen en las comunas del gran Concepción.
- ✓ Hombres y mujeres de 65 y más años.
- ✓ Que habiten en alguna de las comunas de la provincia de Concepción.
- ✓ Que vivan solos y también con familiares.
- ✓ Con independencia de su condición laboral.

Criterios de exclusión

- ✓ Presentar alguna enfermedad o discapacidad psíquica
- ✓ Se encuentren institucionalizados.

d) Universo y Muestra

Para este estudio se consideró solo a personas que habitan en las comunas de la provincia de Concepción. El diseño muestral aplicado fue no probabilístico, de tipo accidental. Para selección de la muestra se consideró la disponibilidad y proximidad a personas y grupos



específicos, lo cual permitió considerar en primera instancia a personas cercanas que contaban además con la voluntad para responder la encuesta, como de igual forma a personas no conocidas pertenecientes a organizaciones funcionales a las cuales se les invitó a ser parte del estudio. La muestra final estuvo conformada por 179 personas mayores de las comunas de la provincia de Concepción.

e) Fuentes y Técnicas de información

La fuente de información fue de tipo directa o primaria y corresponde, en este caso a las personas mayores. La técnica aplicada fue la encuesta a través de entrevista estructurada con preguntas cerradas. Se elige esta técnica por considerar que es la más adecuada al grupo de población estudiado y para lograr respuesta a todas las preguntas: se consideran preguntas cerradas porque se cuenta con escalas validadas que tienen el enfoque en las variables centrales de esta investigación.

La entrevista fue realizada en una parte por la tesista y en otra, por estudiantes de pregrado de Trabajo Social, durante los meses de septiembre del año 2018 y el mes de octubre del año 2019.

f) Instrumentos

Los instrumentos específicos utilizados para la medición de las variables centrales de esta investigación corresponden a los siguientes:

- ✓ **Test de sentido en la vida El Purpose-In-Life Test ([PIL];** Crumbaugh & Maholic, 1964), está compuesto por una escala de 20 ítems tipo Likert, con 7 categorías de respuesta en la cual las personas deben señalar su propia posición sin considerar las fluctuaciones pequeñas y momentáneas, considerando al momento de responder dos sentimientos extremos. Se siguió la estructura de 4 factores propuesta por Noblejas (1994 en Gottfried, 2016) a) Percepción de sentido ítems 4-6-9-12-16-17 y 20; b) Experiencia de Sentido, ítems 1-2-5-9-17-19 y 20; c) Metas y Tareas ítems 3-7-8-13-17-19 y 20 y d) Dialéctica Destino /Libertad los ítems 14-15 y 18. La puntuación mínima del test es de 20 puntos y la máxima de 140 puntos. La categorización utilizada para el test global consta de tres categorías para su interpretación: puntuaciones menores de 91, vacío; puntuaciones entre 90 y 105, zona de indefinición con respecto al sentido de vida; puntuaciones mayores de 105, nivel de logro de Sentido o presencia de metas y de sentido de la vida. Es uno de los instrumentos más utilizados y difundido en las investigaciones de Sentido de Vida, Sus creadores encontraron evidencia de validez de criterio y constructo y aceptable confiabilidad con el método de dos mitades (0.81 coeficiente correlación Pearson). Gottfried (2016) reporta una confiabilidad de 0.89



para la escala global, en estudio realizado en Argentina, versión aplicada en esta investigación.

- ✓ **Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF** de Murgieri (2009) El instrumento tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física ítems: 1,2,3,10,11,12; Salud Psicológica, Ítems 4,5,6,7,8,24; Relaciones Sociales, Ítems: 13,14,15 y Ambiente; Ítems: 16,17,18,19,20,21,22,23. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Respecto de la validez y confiabilidad del instrumento, éste ha sido aplicado a adultos mayores chilenos donde se demuestra que WHOQOL-BREF ofrece medidas fiables y estructuralmente válidas en relación al modelo propuesto inicial de evaluación de calidad de vida de la OMS. Este instrumento es adecuado para uso en nuestro medio en estudios poblacionales y estudios clínicos. La consistencia interna reportada por estudios realizados en Chile muestra una fiabilidad alta con un Alpha de Cronbach de 0.88 para la escala total y sobre 0.70 para las dimensiones (Espinoza et al, 2011; Urzúa et al 2011).
- ✓ **Escala de apoyo familiar** elaborada por Leiton (1998), el cual consta de 10 ítems, en donde la persona se sitúa entre 3 afirmaciones: nunca, a veces y siempre. La puntuación mínima de la escala es de 10 puntos y el máximo de 30.
- ✓ **Escala multidimensional de percepción de apoyo social percibido de Zimet y cols** (1988). (MSPSS) está compuesta por 12 ítems, recoge información del apoyo social percibido por los individuos en dos áreas: familia, otros significativos y amigos. A nivel internacional, se han realizados validaciones que abordan diferentes escalas para medir el Apoyo Social Percibido, aplicando la Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) de Zimet . En Chile se ha validado en población adulta mayor reportando un alpha de cronbach de 0.849 para la escala total y sobre 0.74 para cada subescala (Ortiz y Baeza 2011); y de 0.8595 por Pinto et al (2013).
- ✓ **Escala de autonomía física** de Pincus y Sokka (2007), que consta de 10 ítems, en el que la persona se sitúa en 4 afirmaciones acerca de situaciones de la vida diaria, las cuales van desde “sin ninguna dificultad” hasta “no puedo hacerlo”. La puntuación máxima es de 10 y el máximo de 40 puntos.
- ✓ **Escala de satisfacción vital**, se utilizó para medir la satisfacción vital que tiene un individuo con su vida en términos generales. La escala consta de 10 opciones de respuesta, en donde la persona debe juzgar cuan satisfecho se siente con su vida en una escala de 1 a 10, donde 1 es completamente insatisfecho y 10 es completamente satisfecho. Este instrumento de medición ha sido aplicado y validado en diversos contextos, tanto internacionales como la Encuesta Mundial de Valores y la Encuesta Mundial Gallup, y por PNUD el año 2012, demostrando ser una de las mediciones más estables en el tiempo y que presenta una mayor correlación con indicadores de calidad de vida tales como salud y el ingreso. .
- ✓ **Escala de felicidad global**, que en un principio fue elaborada por Gurín, Veroff y Feld (1960) en donde se preguntaba considerando todo, usted diría que es muy feliz (3), bastante feliz (2) o poco feliz (1). A lo que posteriormente en la Encuesta Mundial de



Valores (EMV) se agregó la alternativa nada feliz (4), siendo esta la que se utilizó en este estudio.

- ✓ **Cuestionario de preguntas** elaborado por la tesista, para medir las variables demográficas, sociales y familiares de los adultos mayores.

g) Trabajo de Campo

Para acceder a las personas mayores residentes en de las comunas del gran Concepción. Se contactó a cada uno de los sujetos de estudio de manera directa, utilizando medios de comunicación como el contacto vía teléfono, conversación presencial, para luego agendar día y hora para aplicar la entrevista. Por tanto, de manera previa se consultó a cada persona por su voluntad para participar en este estudio y así realizar la posterior aplicación de la encuesta. Se realizaron visitas en terreno para la aplicación del instrumento, en el mes de septiembre y octubre de 2018 por estudiantes de trabajo social que realizan estudio en esta misma línea de investigación y octubre del año 2019 por la tesista y voluntarios de Trabajo Social preparados para esta investigación. Una vez iniciada cada entrevista, la investigadora se encargó de leer en conjunto con la persona mayor el consentimiento informado y luego cada una de las preguntas consideradas en el instrumento.

h) Consideraciones Éticas de la investigación.

Para el desarrollo de esta investigación se consideraron los principios éticos en la interacción con las personas entrevistadas, como lo fue la autorización a través del consentimiento informado, por tanto, previo a la recolección de información con cada persona, se les explicó la finalidad del estudio, la institución que respalda este trabajo, sus beneficios y la publicación de resultados. De esta manera cada persona pudo decidir libremente e informada para participar en el estudio. De igual manera se respetó el principio de autonomía y voluntariedad, ya que los sujetos de estudio tienen la libertad de elegir participar o no, pudiendo rechazar la entrevista tanto al inicio como en el transcurso de ésta sin dar motivo alguno

De la misma manera se consideró la confidencialidad de la información, para ello se les explicó que la información entregada es de carácter confidencial y que los datos proporcionados se mantendrán con la reserva y privacidad correspondiente; por lo que sólo la investigadora responsable y profesora guía tendrá acceso a estos, considerando a su vez que los datos personales no aparecerán en los resultados del estudio.

Por último y no menos importante, previo a la entrevista se realizaron contactos personales con las personas sujetos del estudio con el propósito de acercar el estudio a la persona y establecer una relación de empatía, para así obtener su cooperación y consentimiento necesario para el desarrollo de esta investigación, informando de los



beneficios del estudio para el conocimiento y las personas (valor científico) y la ausencia de riesgos para cada participante.

Plan de Análisis

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS realizando un análisis descriptivo univariado y bivariado según los objetivos planteados. Las pruebas estadísticas aplicadas además fueron consistentes al nivel de medición de las variables, analizando previamente la normalidad de la distribución e igualdad de Varianzas, particularmente en las variables centrales de investigación: Sentido de Vida y Calidad de Vida, las pruebas de contraste aplicadas fueron U Man-Whitney y Kruskal-Wallis.



CAPÍTULO II: Análisis de datos





VI. RESULTADOS

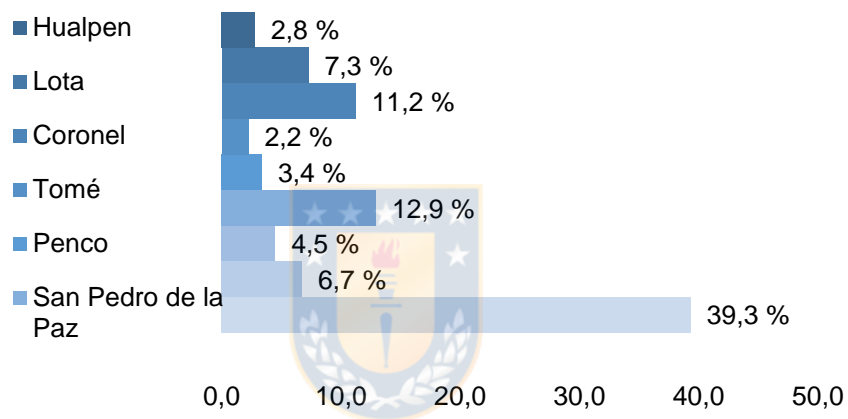
1. Características demográficas, familiares y sociales.

a) Características Demográficas

✓ Lugar de Residencia

Ilustración 1:

Gráfico de Distribución porcentual lugar de Residencia



La muestra estudiada de 179 personas mayores tiene residencia en las comunas del gran Concepción, la mayoría proviene de las comunas de Concepción, San Pedro de la Paz, Coronel, Lota, y Talcahuano.



✓ **Edad y Sexo población estudiada**

Tabla 1:

Distribución por edad según sexo en personas mayores residentes en el Gran Concepción

Edad	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
De 65 a 70 años	25	41,7	56	47,1	81	45,3
De 71 a 80 años	31	51,7	53	44,5	84	46,9
De 81 a 88 años	4	6,7	10	8,4	14	7,8
Total	60	100	119	100	179	100

El grupo estudiado estuvo conformado mayoritariamente por mujeres (66,5%) y respecto de la Edad principalmente entre 65 y 80 años, la mediana fue de 71 años (la media de 71,98, DS de 5,57). Las mujeres concentran mayor frecuencia en el grupo de 64 a 70 años y los hombres en el grupo de 71 a 80 años.

✓ **Nivel de Escolaridad**

Tabla 2:

Distribución por Nivel de Escolaridad según Sexo en personas mayores residentes en el Gran Concepción

Escolaridad	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Básica	14	23,3	48	40,3	62	34,6
Media	31	51,7	37	31,1	68	38,0
Técnica y Superior	15	25,0	34	28,6	49	27,4
Total	60	100	119	100	179	100

Con relación con el nivel de escolaridad de las personas mayores encuestadas, tanto hombre como mujeres concentran de manera conjunta los mayores porcentajes de nivel educacional en la enseñanza media 38% y básica 34,6 %. De igual forma se destaca que un 27% tienen estudios técnicos y superiores.

Al realizar la comparación del nivel de escolaridad por sexo, las mayores diferencias porcentuales se observan en enseñanza media ya que los hombres representan un 51,7% versus el 31,1% de las mujeres, sumado al 40% que solo alcanzó educación básica. Por otra parte, en educación técnica y superior las mujeres logran alcanzar este nivel con 3, 6 puntos de diferencia sobre los hombres.



✓ **Religión**

Tabla 3:

Distribución Religión según Sexo en personas mayores residentes en el Gran Concepción.

Religión	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
No tiene religión	12	20,0	12	10,1	24	13,4
Católica	23	38,3	64	53,8	87	48,6
Evangélica/protestante	22	36,7	38	31,9	60	33,5
Otras	3	5,00	5	4,10	8	4,50
Total	60	100	119	100	179	100

En la tabla se observa que la mayoría de las personas mayores se identifican con alguna religión y cerca del 50% lo hace respecto de la religión católica y mayoritariamente son las mujeres más que los hombres; la religión evangélica representa al 33,5% de estas personas. Esto concuerda con la tendencia de la población mayor a nivel nacional, la que se identifica como católica 73,2% y evangélica un 16% (IV Encuesta Calidad de Vida en la Vejez, 2016).



✓ **Estado Civil**

Tabla 4:

Distribución por Situación Civil según Sexo en personas mayores residentes en el Gran Concepción

Estado Civil	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%
Soltero/a	5	8,3	10	8,4	15	8,4
Casado/a	46	76,7	55	46,2	101	56,4
Divorciado/separado	3	5,00	14	11,80	17	9,50
Viudo/a	6	10,0	40	33,6	46	25,7
Total	60	100	119	100	179	100

En relación con la situación civil de las personas mayores se observa que más de la mitad de ellos/as están casados/as (56,4%) seguido por quienes se encuentran viudos/as 25,7. En el primer caso son mayoritariamente los hombres quienes se encuentran casados (76,7%, versus el 46,2% en las mujeres; a su vez estas últimas en un 33% se encuentran en situación de viudez respecto del 10% en los hombres.



✓ **Ingresos**

Tabla 5:

Distribución Ingresos por pensión y actividad remunerada en personas mayores residentes en el Gran Concepción

Origen Y Monto de los Ingresos	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Ingreso por Pensión						
Sin Ingreso	7	11,7	16	13,4	23	12,8
Menor a 200 mil	28	46,7	68	57,1	96	53,6
Superior a 200 mil	25	41,7	35	29,4	60	33,5
Total	60	100	119	100	179	100
Ingreso por Actividad Remunerada	fi	%	fi	%	fi	%
No realiza actividad remunerada	39	65,0	102	85,7	141	78,8
Menos de 107.000	3	5,0	3	2,5	6	3,4
Entre 108.000 a 200.000	6	10,0	6	5,0	12	6,7
Entre 200.000 a 257.000	4	6,7	3	2,5	7	3,9
Mayor de 257.000	8	13,3	5	4,2	13	7,3
Total	60	100	119	100	179	100

En la tabla se aprecia que un 53,6% de las personas estudiadas recibe una pensión inferior a los \$200.000 y del total de ellos las mujeres son las que se encuentran en mayor cantidad en esta situación.

Por otra parte, el 21,2% de las personas mayores encuestadas también reciben ingresos por actividades remuneradas y tal como lo evidencia el Informe Mercado Laboral, Adulto Mayor y Personas próximas a jubilar en Chile, del SENAMA (2016), las bajas pensiones llevan a que la población próxima a jubilar se mantenga inserta laboralmente o retorne una vez jubilada.

✓ **Ocupación Actual:**

Tabla 6:

Distribución de las personas mayores de acuerdo con la ocupación actual

Ocupación	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Jubilado/a pensionado/a	41	68,3	50	42	91	50,8
Trabajador/a Dependiente	13	21,7	5	4,2	18	10,1
Trabajador/a Independiente	3	5,0	6	5	9	5,0
Labores de Hogar	3	5,0	56	47,1	59	33,0
Total	60	100	119	100	179	100

Se puede observar que más de la mitad de las personas del estudio (50,8%) se encuentran jubiladas y pensionadas y un 15,1% declara realizar actividades laborales



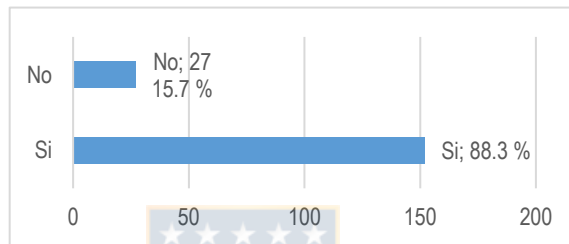
remuneradas en distintos rubros u oficios (costura, comercio, docencia, transporte, carpintería), esta cifra es un poco menor a lo expuesto en tabla anterior cuando se consulta por ingresos producto de actividad remunerada. Un 33% declara que se dedica a labores del hogar.

b) Características Sociofamiliares

✓ Presencia de Enfermedades.

Ilustración 2:

Presencia de enfermedad en personas mayores residentes en el Gran Concepción.



En relación con la presencia de enfermedades de las personas mayores encuestadas, el 84,9% declara presentar alguna enfermedad diagnosticada.

En la tabla que se detalla a continuación resume las principales enfermedades reportadas por las personas mayores dentro de las cuales sobresale la diabetes (35,8%) e hipertensión (41,9%), esta última es reflejo de la tendencia que se presenta a nivel nacional como uno de los principales problemas de salud pública que presenta la población mayor en nuestro país (Encuesta calidad de vida, 2016).



Tabla 7:

Tipos de enfermedades en personas mayores residentes en el Gran Concepción (n=179)

ENFERMEDAD	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	fi	%	fi	%	Fi	%
Hipertensión	24	40	51	42,86	75	41,9
Diabetes	17	28,3	47	39,5	64	35,75
Artrosis	6	10	34	28,57	40	22,35
Visual	16	26,7	17	14,29	32	17,88
Tiroides	5	8,33	22	18,49	27	15,08
Asma	8	13,3	12	10,08	20	11,17
Corazón	4	6,67	10	8,4	14	7,82
Colesterol	2	3,33	10	8,4	12	6,7
Tendinitis	2	3,33	9	7,56	11	6,15
Secuela trombosis	2	3,33	8	6,72	10	5,59
Aneurisma	3	5	3	2,52	6	3,35
Pancreatitis	0	0	4	3,36	4	2,23
Depresión	1	1,67	2	1,68	3	1,68

✓ **Redes Familiares y Sociales**

Tabla 8:

Distribución Composición familiar según sexo en personas mayores residentes en el Gran Concepción

Con quien Vive	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
	%	%	%
Cónyuge/pareja	46,70	23,7	31,0
Sola/o	10,30	25,20	20,2
Cónyuge/hijos/nietos/nuera/cuñado	32,7	16,7	22,1
Hijo/a. nieto nuera	6,9	26,9	20,4
Madre/padre/sobrino	1,7	5,8	4,6
Nietos/hermanos	1,7	1,7	1,7
Total	100 (60)	100 (119)	100 (179)

En relación con las personas con quien viven los adultos mayores se puede indicar que el mayor porcentaje vive solamente con su cónyuge (31 %), seguido por los que además de su cónyuge viven con hijos, nietos entre otros. De igual forma un 20,4% viven solos (20,2%) o con sus hijos (20,4%). Este último dato es un poco mayor al 15% informado en la encuesta de calidad de vida realizada el año 2016.



✓ Participación Social

Tabla 9:

Participación social de personas mayores residentes en el Gran Concepción

Participación social	Hombre (60)		Mujer (119)		Total (179)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Clubes de Adultos mayores	11	18,3	34	28,6	45	25,1
Organización	12	20,0	24	20,2	36	20,1
Asociación	3	5,0	4	3,4	7	3,9
Iglesia	14	23,3	41	34,5	55	30,7
otra	4	6,7	7	5,9	11	6,1
Ninguno	25	41,7	27	22,7	52	29,1

Al consultar por la participación en grupos un 71% del grupo estudiado declara participar en alguna organización social; en grupos de iglesia (30,7%), clubes de adultos mayores (25,1%) en ambos casos son las mujeres quienes mayormente asisten a este tipo de grupos. Los hombres son quienes reconocen menor participación en organizaciones sociales, 41,7% respecto del 22,7% de las mujeres. Si se considera la participación de personas mayores a nivel país un 44% de las personas mayores refieren participar de algún tipo de organización social. Dentro de ellas, la participación en un “grupo religioso o de iglesia” y “organización de barrio o junta de vecinos” son los principales grupos de pertenencia (Encuesta Calidad de Vida, 2016).

✓ Relaciones con Familiares y Amigos

Tabla 10:

Frecuencia de encuentros con familiares y amigos en personas mayores residentes en el Gran Concepción

Encuentros con:	Nunca	A veces	Siempre	Total
Familiares	29,6	16,7	53,7	100 (179)
Amigos	21,6%	46,9%	31,5	100 (179)
Vecinos	28,4	43,8	27,8	100 (179)

Al consultar a las personas mayores sobre la frecuencia de encuentros con sus familiares, amigos y vecinos, un 53,7% manifiesta tener una relación permanente (siempre) con sus familiares y en menor proporción con amigos (31,5%) y vecinos (27,8%); con estos últimos cerca del 50% declara que es a veces.



Tabla 11:

Tipo y frecuencia de las Interacciones de personas mayores con otras significativos

Tipo de Interacción	N° de personas con las que interactúa					Total
	Ninguna	una	De 2 a 3	De 4 a 5	De 6 o mas	
Conversaciones vía teléfono, redes sociales)	3,1	2,5	25,9	30,2	37,7	100 (179)
Conversaciones de forma presencial	4,3	2,5	18,5	40,1	34,6	100 (179)
Personas que le han visitado (últimos 15 días)	13,0	13,0	24,7	22,2	27,2	100 (179)

De acuerdo con la pregunta relacionada con la comunicación con familiares y amigos en la última semana, cerca del 70% señala que estas instancias de comunicación son con cuatro o más familiares y/o amigos, tanto si es a través de medios virtuales o presencial. Cifra que disminuye al consultar por la cantidad de personas que les visitan los últimos 15 días, si bien la mayoría responde que son 2 o más personas, no es menor quienes declaran que ninguno o sólo una persona (13% en cada caso).

Tabla 12:

Frecuencia de visitas a familiares

Visita usted con frecuencia a algún familiar	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	fi	%	fi	%	Fi	%
Varias veces a la semana	12	20,0	19	16,0	31	17,3
Cada 15 días/más de 2 veces al mes	24	40,0	37	31,0	61	34,0
1 vez al mes /cada 2 meses	18	30,0	37	31,1	55	30,7
Nunca	6	10,0	26	21,8	32	17,9
Total	60	100	119	100	179	100

Por otra parte, respecto al vínculo con familiares, tanto las mujeres como los hombres señalan tener un contacto permanente de varias veces a la semana 17,3%. La gran mayoría (34 %) reconoce visitar cada 15 días o más y el 30,2% realiza visitas mensuales o cada 2 meses. Un 17,9% reconoce no visitar nunca a su familia.



✓ **Apoyo Social**

Tabla 13:

Distribución porcentual Apoyo social percibido, en personas mayores residentes en el Gran Concepción

Dimensión Apoyo Social de Amigos	Grado de Acuerdo				Total F%
	Total, Desacuerdo	Bastante Desacuerdo	Bastante Acuerdo	Total, Acuerdo	
	%	%	%	%	
Sus amigos realmente tratan de ayudarle	21,8	11,7	29,6	35,8	100 (177)
Puede contar con sus amigos cuando las cosas van mal	17,9	14,0	25,1	42,5	100 (178)
Tiene amigos con los que pueda compartir las penas y alegrías	20,7	14,0	25,7	39,7	100 (179)
Puede hablar de sus problemas con sus amigos.	24,6	14,5	22,9	37,4	100 (179)
Dimensión Apoyo Familia	%	%	%	%	Total
Su familia intenta realmente ayudarle	8,9	5,0	17,3	68,7	100 (177)
Obtiene de su familia la ayuda y el apoyo emocional que necesita.	8,9	6,1	22,9	62,0	100 (179)
Puede hablar de sus problemas con su familia	7,3	6,1	26,3	60,3	100 (179)
Su familia se muestra dispuesta a ayudarle para tomar decisiones	10,6	7,3	22,3	59,8	100 (179)
Dimensión Otros significativos	%	%	%	%	Total
Hay una persona que está cerca cuando está en una situación difícil.	4,5	3,4	17,9	74,3	100 (179)
Existe una persona de confianza con la cual puede compartir penas y alegrías	4,5	5,0	18,4	72,1	100 (179)
Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para usted.	3,4	4,5	19,6	72,6	100 (179)
Existe una persona cerca en su vida que se preocupa por sus sentimientos	7,3	6,1	16,2	69,8	100 (178)

Al revisar las respuestas proporcionadas por las personas mayores, respecto del Apoyo social que perciben en su entorno, se puede señalar que en todos los casos más del 60% de las respuestas indican bastante acuerdo y total acuerdo. Es la dimensión Apoyo de amigos la que presenta cifras más cercanas a este 60% y a su vez, es en la que presenta mayor proporción de casos que manifiestan total desacuerdo (cerca del 25% en mucho desacuerdo), particularmente en lo que se refiere a la posibilidad de hablar sobre sus problemas con amigos o percibir que traten de ayudarle.

En los ámbitos apoyo percibido por la Familia y por Otros significativos, particularmente este último es el que mejor se presenta; la gran mayoría reconoce que tienen estas personas cuando enfrentan una situación difícil o que representan un mayor bienestar para ellos, cerca del 90% señala “bastante acuerdo” y “total acuerdo”. No obstante, a ello existe un 10% que señala “total desacuerdo” frente a alguna necesidad de apoyo familiar, situación preocupante si además se suma a aquellos que indican “bastante desacuerdo”. El factor de apoyo proveniente de la familia constituirá por siempre la mejor garantía para el bienestar físico y espiritual de las personas de edad avanzada. (Gómez, López & y otros, 2005)



2. Descripción y percepción de sentido de vida en personas mayores residentes del Gran Concepción

En este apartado se expondrán los resultados de una de las variables centrales del estudio, para la cual se aplicó la escala de proyecto de vida y se midió a través del Test de sentido en la vida, elaborado por Crumbaugh y Maholick (1969). Se exponen los resultados de manera global y luego por cada una de las dimensiones de dicha escala. (diferencial semántico)

a) Descriptivos Escala Sentido de Vida Global y por Dimensiones en adultos mayores.

Tabla 14:

Descriptivos Escala Sentido de Vida (global) y por Dimensiones, en personas mayores residentes en el Gran Concepción

Sentido de Vida Global y por Componentes	N	Min	Max	Media	Desv. Estandar	Mediana	Percentil 25
Percepción de Sentido	178	28 (9)	63 (63)	55,3652	7,6488	57	52
Experiencia de Sentido	179	21 (7)	49 (49)	39,2235	7,2697	40	34
Metas y Tareas	178	19 (7)	49 (49)	41,5787	6,4796	43	37
Destino/Libertad	176	6 (3)	21 (21)	17,5170	3,6031	18	15
SENTIDO DE VIDA GLOBAL	179	73(26)	140 (140)	117,78	15.829	122	110

En la tabla anterior es posible observar las respuestas promedios proporcionadas por este grupo de personas mayores, a situaciones que les permitieron situarse en una perspectiva del sentido de la vida o de un vacío existencial (Crumbaugh & Maholick 1964); los promedios observados y en particular la mediana, dan cuenta que más del 50% de las personas estudiadas obtienen promedios que superan el 80% del puntaje factible de obtener a nivel de cada subescala y de la escala global (esto es equivalente a 6 de un máximo de 7). La única dimensión con una media levemente más baja es "experiencia de sentido" (M=39,22 y DS=7,65). Por otra parte, al observar los resultados expuestos respecto del grupo de personas que obtiene puntajes más bajos, reflejado a partir del percentil 25, se puede afirmar que estos reflejan entre el 70 y 75% del puntaje factible (equivalente a 5 de un máximo de 7) lo que los sitúa en una percepción de sentido de vida no tan positiva, pero no tan cercana a una perspectiva de vacío existencial.



b) Dimensión Percepción de Sentido

Tabla 15:

Descriptivos Indicadores de la Dimensión Percepción de Sentido, en personas mayores residentes en el gran Concepción

Dimensión Percepción de Sentido	N	Mín.	Máx.	Media	Desv.Estand
4. Mi existencia, mi vida personal. No tiene ningún sentido..... Tiene mucho sentido	179	1	7	6,45	1,209
6. Si pudiera elegir, preferiría. No haber nacido Vivir mil veces más la misma vida.	178	1	7	6,19	1,330
9. Mi vida está. Vacía, llena de desesperación..... Llena de cosas buenas y valiosas	179	1	7	6,17	1,400
10. Si muriera hoy, sentiría que mi vida. Valió la pena.... No valió la pena para nada (i)	179	1	7	6,58	1,141
11. Al pensar en mi vida. Me pregunto a menudo por qué existo..... Siempre veo una razón por la que estoy aquí.	179	1	7	6,36	1,266
12. Considero que el mundo en el que vivo. Me confunde..... Tiene sentido para mí	179	1	7	5,34	2,072
16. Con respecto al suicidio. He pensado seriamente que es una salida.... Nunca he pensado en ello	179	1	7	6,40	1,416
17. Considero que mi capacidad para encontrar un sentido, un propósito o una misión en mi vida (i)	179	1	7	5,94	1,417
20. Yo he descubierto que. No tengo ningún sentido, ni propósito, ni misión en mi vida.... Nunca he pensado en ello.	179	1	7	5,88	1,671

En relación con la dimensión Percepción de sentido, los promedios indican una mirada más bien positiva respecto de los motivos para vivir la vida, en la gran mayoría de los aspectos consultados el promedio es cercano o superior a 6 puntos en escala de 1 a 7; el indicador con mayor puntaje es el 10 “si muriera hoy sentiría que...” con una media de 6.58 (DS 1.14), es decir, las personas mayores afirman que su vida valió la pena. De igual forma en el indicador 4 “mi existencia, mi vida personal...”, el promedio fue de 6,45 (DS 1,20) lo cual indica que para las personas mayores su vida tiene mucho sentido, o siempre ven una razón para su existencia. Según promedio en ítem 11.

Respecto del indicador con promedio más bajo corresponde al 12 “Considero que el mundo en el que vivo ...” con una media de 5,34, y una dispersión más alta de 2,07, lo que indica que hay bastantes personas que experimentan sentimientos de confusión respecto del entorno (mundo) en el que viven.



c) Dimensión Vivencia de Sentido

Tabla 16:

Descriptivos Indicadores en Dimensión Vivencia de Sentido en personas mayores residentes en el gran Concepción

Dimensión Vivencia de Sentido	N	Mín.	Máx.	Media	Desv. Estand
1.Generalmente estoy. Completamente aburrido Totalmente entusiasmado	179	1	7	5,70	1,491
2.La vida me parece. Siempre emocionante Completamente Rutinaria (i)	179	1	7	4,81	2,177
5.Vivo cada día como. Constantemente nuevo..... Exactamente idéntico (i)	179	1	7	4,83	2,116
9. Mi vida está. Vacía, llena de desesperación..... Llena de cosas buenas y valiosas	179	1	7	6,17	1,400
17. Considero que mi capacidad para encontrar un sentido, un propósito o una misión en mi vida (i)	179	1	7	5,94	1,417
19. Enfrentarme a mis tareas diarias es. Una fuente de placer y satisfacción Una experiencia aburrida y penosa (i)	179	1	7	5,89	1,538
20. Yo he descubierto que. No tengo ningún sentido, ni propósito, ni misión en mi vida.... Nunca he pensado en ello.	179	1	7	5,88	1,671

Respecto a la dimensión “vivencia de sentido”, es la que muestra promedios más bajos comparativamente con las otras subescalas, sólo uno de los indicadores supera los 6 puntos (en escala de 1 a 7) “Mi vida está..”, (6,17; DS 1,4)), Otros 4 indicadores están cercanos a 6 puntos (1, 17, 19 y 20), Sin embargo hay dos aspectos consultado cuyo promedios son igual a 4,8 y dicen relación con lo emocionante que puede parecer la vida (ítem 2) o el cómo viven cada día (ítem 5), en ambos casos hay un grupo importante que piensa que su vida es rutinaria y que viven cada día exactamente idéntico. En síntesis, se observa mayor heterogeneidad en lo que respecta a la percepción de la vida propia y la vida cotidiana como más plena de cosas buenas.



d) Dimensión Metas y Tareas

Tabla 17:

Descriptivos por Indicadores en Dimensión Metas y Tareas, en personas mayores residentes en el gran Concepción

Dimensión Metas y Tareas	N	Mín.	Máx.	Media	Desv. Estand
3. Para mi vida. No tengo ninguna meta ni propósito claro..... Tengo metas y propósitos bien definidos	179	1	7	5,58	1,948
7. Ahora que está jubilado, me gustaría. Hacer alguna de las cosas que siempre me han interesado..... Flojear el resto de mi vida (i)	179	1	7	5,77	1,817
8. En alcanzar las metas la vida. No he progresado nada.....He progresado mucho como para estar completamente satisfecho.	179	1	7	6,01	1,334
13. Yo soy. Muy Irresponsable..... Muy responsable	178	1	7	6,53	1,141
17. Considero que mi capacidad para encontrar un sentido, un propósito o una misión en mi vida (i)	179	1	7	5,94	1,417
19. Enfrentarme a mis tareas diarias es. Una fuente de placer y satisfacción.... Una experiencia aburrida y penosa(i)	179	1	7	5,89	1,538
20. Yo he descubierto que. No tengo ningún sentido, ni propósito, ni misión en mi vida.... Nunca he pensado en ello.	179	1	7	5,88	1,671

De acuerdo con los indicadores para la dimensión Metas y Tareas que da cuenta de la presencia de objetivos y el desarrollo de acciones propias para alcanzar estas metas, las respuestas muestran menor heterogeneidad, con puntajes cercanos a 6. (de un máximo de 7), excepto el indicador 13 “Yo soy ...” donde el promedio es bastante mayor, es de 6,53 (DS 1.14) destacándose la responsabilidad personal percibida por ellos mismos y el compromiso con el logro de sus metas, situación que se complementa con las respuestas a los otros indicadores que muestra una tendencia a la presencia de metas y propósitos en la vida (3), sienten que han progresado mucho como para estar completamente satisfechos (8), o que el enfrentarse a sus tareas diarias es fuente de placer y satisfacción (19).



e) Dimensión Destino Y Libertad

Tabla 18:

Descriptivos por Indicadores en Dimensión Destino y Libertad en personas mayores residentes en el gran Concepción

Dimensión Destino y Libertad	N	Mín.	Máx.	Media	Desv.Estandar
14. Creo que el ser humano para tomar sus propias decisiones es. Totalmente libre para elegir Completamente limitado por su herencia y ambiente (i)	178	1	7	5,97	1,707
15. Con respecto a la muerte. Estoy preparado y no tengo miedo.... No estoy preparado y tengo miedo (i)	178	1	7	5,65	2,057
18. Mi vida está. En mis manos y bajo mi control..... Fuera de mis manos y controlada por factores externos (i)	178	1	7	5,93	1,785

En relación con la dimensión destino y libertad, que además de situarlo en la libertad de sus decisiones, los posiciona frente a la muerte como un acontecimiento que no es posible controlar ni evitar y que tampoco es predecible, los promedios a los 3 indicadores indican una mirada favorable (puntajes muy cercanos a 6 de un máximo de 7) sin embargo se observa mayor variabilidad en las respuestas a cada uno de estos, en particular al ítem 15 con promedio más bajo y que evidencia mayor presencia de no estar preparado frente a la muerte (media 5,65, DS 2,057). Por otra parte, las respuestas al ítem 14 y 18 indica que más de la mitad de las personas encuestadas se considera totalmente libre para elegir y que su vida está en sus manos y control.



3. Percepción Calidad de Vida de los Adultos Mayores residentes en el Gran Concepción

En este apartado se describe la calidad de vida de adultos mayores, a partir de los resultados de la Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF (Murgieri, 2009), iniciando por un resumen por dimensiones y escala global y luego descripción de Promedios por cada una de las 4 dimensiones: Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente.

a) Descriptivos Escala Calidad de Vida, Global y por dimensiones en personas mayores.

Tabla 19:

Descriptivos Escala Calidad de Vida (global) y por Dimensiones, en personas mayores residentes en el Gran Concepción

Dimensiones	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estandar	Md	P.25
Física	179	11 (7)	35 (35)	25,07(3.58)	4,418	25	22
Psicológica	179	11 (6)	30 (30)	22,32(3.72)	3,597	22	19
Relaciones Sociales	179	3 (3)	15 (15)	9,95 (3.32)	2,569	10	8
Ambiente	179	14 (8)	40 (40)	28,94(3.61)	5,090	28	26
CALIDAD DE VIDA (GLOBAL)	179	47 (24)	116 (120)	86,29(3,59)	12.445	86	77

En la tabla anterior se puede observar que existe una similitud en los promedios (media y mediana) de Calidad de vida para este grupo estudiado. De acuerdo a los puntajes de la tabla se puede afirmar que hay un 50% de personas mayores que obtienen cerca del 70% del puntaje posible en 3 de las 4 dimensiones y en la escala total, excepto en la dimensión relaciones sociales donde el promedio es menor y refleja el 66% del puntaje posible para esa subescala. También se puede agregar que las personas que obtienen puntajes de calidad de vida más bajos (percentil 25) dichos valores son cercanos a la mediana en cada caso analizado, excepto en Calidad de vida global. Lo anterior permite afirmar que la percepción de bienestar derivada de la satisfacción con ciertas áreas que son importantes para la persona se encuentra en un nivel positivo, aunque no extremadamente alto.



Tabla 20:

Descriptivos por Indicadores en Dimensión Física en personas mayores residentes en el gran Concepción

Indicadores Subescala Dimensión Física	N	Mín.	Máx.	Media	Desviación Estándar
3 ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	179	1	5	3,12	1,273
4 ¿En qué grado necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	179	1	5	3,07	1,236
10 ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	179	1	5	3,73	1,021
15 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	179	0	5	4,09	1,110
16 ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	179	2	5	3,56	0,960
17 ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	179	1	5	3,83	0,953
18 ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	179	0	5	3,67	1,064

Con relación a los indicadores de la dimensión Física de calidad de vida, los promedios varían entre 3,07 a 4,09 lo que muestra una percepción entre “lo normal” y “bastante satisfecho”. El indicador mejor valorado es el que refiere a la capacidad de desplazarse de un lugar a otro ($X=4,09$, DS 1,11), también la satisfacción con poder realizar las actividades de la vida diaria ($X=3,83$; DS 0,953. A su vez, los aspectos con promedios más bajos están asociados a la necesidad de consultas médicas ($X= 3,07$ DS 1,236) y el impedimento para realizar lo que necesita producto de algún dolor físico (3,12).

Tabla 21:

Descriptivos por Indicadores en Dimensión Psicológica en personas mayores residentes en el gran Concepción

Indicadores Subescala psicológica	N	Mín.	Máx.	Media	Desviación
5 ¿Cuánto disfruta de la vida?	179	1	5	3,74	0,943
6 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	179	0	5	3,91	0,898
7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?	179	1	5	3,54	0,967
11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	179	1	5	3,97	1,016
19 ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	179	1	5	3,97	0,921
26 ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	179	1	5	3,20	1,060

Esta segunda dimensión Psicológica, que contempla satisfacción con su vida y con ellos mismos, las respuestas son mayoritariamente de “bastante acuerdo” con promedios cercanos a 4 en escala de 1 a 5; reconocen disfruta la vida, que su vida tiene sentido, si es capaz de aceptar su apariencia física, El ítem con promedio más bajo es el 26 donde cerca del 38% de las personas señalan sentir “bastante” o “extremadamente” tener sentimientos negativos tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión, lo cual resulta preocupante, si consideramos que el estado anímico positivo es fundamental para tener una buena salud mental.



Tabla 22:

Descriptivos por Indicadores en Dimensión relaciones sociales en personas mayores residentes en el gran Concepción

Indicadores Subescala relaciones sociales	N	Mín.	Máx.	Media	Desv. Estándar
20 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	179	0	5	3,97	0,867
21 ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	179	0	5	2,62	1,374
22 ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	179	0	5	3,36	1,279

Respecto de la dimensión relaciones sociales, el indicador sobre la satisfacción con sus relaciones personales, es el que presenta el mayor promedio (3,97; DS. 0,8) de los 3 consultados. El 69% refieren “bastante/extremadamente” estar satisfechos en este ámbito, lo cual es bastante favorable ya que el apoyo social es un elemento protector que favorece el bienestar del adulto mayor.

No obstante, el indicador sobre la satisfacción con su vida sexual es el que presenta el promedio más bajo de esta subescala y de la escala total (2,62), donde el 30, 8% señala sentirse poco o nada satisfecho con este aspecto de su vida, un 40% señala “lo normal”.

Tabla 23:

Descriptivos por Indicadores en Dimensión ambiente en personas mayores residentes en el gran Concepción

Indicadores Subescala Ambiente	N	Mín.	Máx.	Media	Desv. Estándar
8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	179	1	5	3,66	0,862
9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	179	1	5	3,73	0,915
12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	179	1	5	3,21	0,983
13 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	179	0	5	3,63	1,038
14 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	179	0	5	3,25	1,203
23 ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	179	1	5	4,05	0,920
24 ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	179	1	5	3,79	1,070
25 ¿Cuán satisfecho está con su transporte?	179	1	5	3,62	1,122

En relación a la dimensión “ambiente”, la mayoría de los indicadores obtienen promedios entre 3,21 y cercanos a 4,05; esto indica que las personas mayores estudiadas están entre “bastante/muy satisfecho” con los aspectos que indican seguridad con su entorno, consideran saludable el ambiente físico a su alrededor. Sienten satisfacción al disponer de información necesaria para su vida diaria (3,63), con el acceso a los servicios sanitarios (3,79) y con las condiciones del lugar en el que vive (4,05; DS 092).



4. Satisfacción Vital y Felicidad Global

a) Percepción de Satisfacción vital y Felicidad Global de los adultos mayores

Tabla 24:

Descriptivos Satisfacción vital y Felicidad Global de los adultos mayores

	N	Mín.	Máx.	Media	Desv. Estándar
Satisfacción Vital	177	3(1)	10(10)	7,99	1,753
Felicidad Global	179	2(1)	4(4)	3,23	0,625

Como una forma de complementar la percepción de Bienestar que los adultos mayores tienen acerca de su vida, se consultó por su satisfacción con la vida y auto-percepción de felicidad, en ambos casos las respuestas son muy positivas, el promedio refleja el 80% del puntaje factible en cada una de estas escalas. Esto es consistente con la encuesta de calidad de vida (2016).

b) Distribución porcentual Satisfacción Vital y Felicidad Global según sexo

Tabla 25:

Nivel de Satisfacción vital en personas mayores residentes en el gran Concepción

Satisfacción Vital ⁵	SEXO		TOTAL	
	Hombre %	Mujer %	Fi	%
Completamente insatisfecho (1-4)	1,7(1)	2,6 (3)	4	2,96
Moderadamente satisfecho (5-7)	33,3 (30)	34,2 (30)	60	33,5
Completamente satisfecho (8-10)	65,0 (29)	63,2 (84)	113	63,8
Total	100 (60)	100 (117)	177	100

De acuerdo a las categorías conformadas para Satisfacción vital, el 63,8% de las personas mayores estudiada se encuentra completamente satisfecho/a con su vida. Esta situación se presenta de manera similar en hombres y mujeres, 65% y 63% respectivamente.

De igual forma la siguiente tabla muestra que la gran mayoría se encuentra bastante o muy feliz con su vida, no obstante, hay un 10 % que se reconoce “no muy feliz” y son los hombres los que tienen un porcentaje mayor de casos en esta categoría. A nivel de las categorías de mayor felicidad las diferencias son similares entre ambos grupos.

⁵ ¿Cuán satisfecho está con su vida en este momento? Completamente insatisfecho (1-4 puntos); Moderadamente Satisfecho (5-7 puntos); Completamente Satisfecho (8-10 puntos).



Tabla 26:

Distribución frecuencia porcentual Percepción de Felicidad Global

Felicidad global	SEXO		TOTAL	
	Hombre	Mujer	Fi	%
Muy Feliz	30,0(18)	35,3 (42)	60	33,5
Bastante Feliz	56,7 (34)	55,5 (66)	100	55,9
No muy feliz	13,3(8)	9,2 (11)	19	10,6
Nada feliz	0	0	0	0
Total	100 (60)	100 (119)	179	100 (179)

5. Sentido de vida, Calidad de vida y variables sociodemográficas

5.1. Sentido de vida y relación con variables Sociodemográficas

Tabla 27:

Sentido de Vida según Sexo, en adultos mayores residentes en Comunas del Gran Concepción

Dimensiones		N	Rango promedio	Suma de rangos	U Mann-Whitney	Sig
Sentido de Vida (Global)	Hombre	60	88,07	5284,00	3454,0	0,723
	Mujer	119	90,97	10826,00		
Percepción de Sentido	Hombre	59	85,36	5036,50	3266,5	0,448
	Mujer	119	91,55	10894,50		
Experiencia de Sentido	Hombre	60	90,87	5452,00	3518,0	0,874
	Mujer	119	89,56	10658,00		
Metas y Tareas	Hombre	59	84,73	4999,00	3229,0	0,382
	Mujer	119	91,87	10932,00		
Destino/Libertad	Hombre	59	87,20	5145,00	3375,0	0,806
	Mujer	117	89,15	10431,00		

De acuerdo a los datos de la tabla anterior, y luego de aplicar la prueba U de Mann Whitney, no se presentan diferencias significativas en el Nivel de Sentido de Vida de acuerdo al sexo de las personas mayores estudiadas. De igual forma se puede observar que son las mujeres quienes obtienen promedios levemente más altos que los hombres en la escala total y en 3 de los 4 componentes analizados, excepto en "experiencia de sentido" En la literatura revisada los resultados son disimiles según género y según grupos étnicos.



Tabla 28:
Sentido de Vida según Edad de adultos mayores residentes en el gran Concepción

	EDAD (categorizada)	N	Rango promedio	Suma de rangos	U Mann- Whitney	Sig.
ESCALA SENTIDO DE VIDA	- 64 - 74 años	118	93,84	11073,50	3145,500	0,167
	- 75 y más años	61	82,57	5036,50		
Percepción de Sentido	- 64 - 74 años	117	94,10	11010,00	3145,5	0,097
	- 75 y más años	61	80,67	4921,00		
Experiencia de Sentido	- 64 - 74 años	118	94,26	11123,00	3096	0,125
	- 75 y más años	61	81,75	4987,00		
Metas y Tareas	- 64 - 74 años	117	94,26	11028,50	3011,5	0,086
	- 75 y más años	61	80,37	4902,50		
Destino/Libertad	- 64 - 74 años	115	86,57	9956,00	3286	0,481
	- 75 y más años	61	92,13	5620,00		

Al relacionar el Nivel de Sentido de Vida y la Edad de las personas mayores encuestadas, no se encontró diferencias significativas de acuerdo con el grupo etario, aunque sí es posible agregar que el rango promedio, de acuerdo con la prueba U de Mann Whitney, es superior en el grupo de menor edad, excepto en el componente “destino/libertad”, aquí las personas de mayor edad obtienen promedios más altos. Estos resultados son consistentes con los encontrados por García-Alandete (2013).

Tabla 29:
Sentido de Vida según Escolaridad de personas mayores residentes en el gran Concepción

	Escolaridad	N	Rango Promedio	Kruskal- Wallis	Signif.
ESCALA SENTIDO DE VIDA	E. Básica	62	90,32	0,540	0,763
	E. Media	68	86,85		
	E. Téc. Superior	49	93,96		
	Total	179			
Percepción de Sentido	E. Básica	62	91,98	0,540	0,892
	E. Media	67	87,92		
	E. Téc. Superior	49	88,52		
	Total	178			
Experiencia de Sentido	E. Básica	62	85,47	0,540	0,368
	E. Media	68	87,82		
	E. Téc. Superior	49	98,76		
	Total	179			
Metas y Tareas	E. Básica	62	89,10	0,160	0,923
	E. Media	67	88,11		
	E. Téc. Superior	49	91,90		
	Total	178			
Destino/Libertad	E. Básica	61	98,05	4,452	0,108
	E. Media	67	79,49		
	E. Téc. Superior	48	88,95		
	Total	176			

Respecto de la percepción de sentido de vida y escolaridad, no se encontró diferencias significativas de acuerdo con el nivel de estudios alcanzado, tampoco una tendencia clara en



termino de los promedios mayores respecto de un grupo en específico.

Por otra parte, tampoco se encontró diferencias significativas respecto de la Situación civil de las personas mayores estudiadas según los datos expuestos en la siguiente tabla (N°30), aunque en este caso es posible agregar que las personas solteras/os son quienes obtienen rangos promedios más altos (Prueba Kruskal Willis), excepto en la dimensión “destino / libertad”.

Tabla 30:

Sentido de Vida según Situación Civil de adultos mayores residentes en el Gran Concepción

	Situación Civil	N	Rango Promedio	Kruskal Wallis	Sig
ESCALA SENTIDO DE VIDA	Soltero	15	103,53	1,899	0,594
	Casado/a	101	91,56		
	Divorciado/a	17	83,15		
	Viuda/o	46	84,68		
Percepción de Sentido	Soltero	15	103,77	1,758	0,624
	Casado/a	100	87,08		
	Divorciado/a	17	83,53		
	Viuda/o	46	92,32		
Experiencia de Sentido	Soltero	15	106,57	3,267	0,352
	Casado/a	101	92,50		
	Divorciado/a	17	82,53		
	Viuda/o	46	81,87		
Metas y Tareas	Soltero	14	93,43	0,177	0,981
	Casado/a	101	89,89		
	Divorciado/a	17	86,00		
	Viuda/o	46	88,75		
Destino/Libertad	Soltero	15	84,90	0,267	0,966
	Casado/a	100	88,07		
	Divorciado/a	17	93,62		
	Viuda/o	44	88,73		

No se encontró diferencias significativas respecto de la Situación civil de las personas mayores estudiadas según los datos expuestos en la siguiente tabla (N°30), aunque en este caso es posible agregar que las personas solteras/os son quienes obtienen rangos promedios más altos (Prueba Kruskal Willis), excepto en la dimensión “destino / libertad”



Tabla 31:

Sentido de Vida según Religión de los adultos mayores de la provincia de Concepción

	RELIGION	N	Rango promedio	Kruskal-Wallis	Signif.
ESCALA SENTIDO DE VIDA	Sin Religión	24	65,23	6,489	0,039
	Católica	87	92,43		
	Evangélica /otras	68	95,64		
	Total	179			
Percepción de Sentido	Sin Religión	23	67,26	5,003	0,082
	Católica	87	92,29		
	Evangélica /otras	68	93,45		
	Total	178			
Experiencia de Sentido	Católica	24	72,58	3,513	0,173
	Evangélica /otras	87	90,47		
	Católica	68	95,55		
	Total	179			
Metas y Tareas	Sin Religión	24	66,48	5,636	0,060
	Católica	87	93,86		
	Evangélica /otras	67	92,08		
	Total	178			
Destino/Libertad	Sin Religión	24	78,65	1,623	0,444
	Católica	85	87,44		
	Evangélica /otras	67	93,37		
	Total	176			

Al contrastar el Nivel de Sentido de Vida con la Religión que indican las personas consultadas, si se obtiene diferencias significativas a nivel de la escala global, dichas diferencias se presentan entre quienes declaran No tener religión, con rangos promedios más bajos, respecto de los que se identifican con la religión evangélica.

Al revisar por dimensión no se observan diferencias significativas, aunque si se aceptara un error de hasta un 8%, se podría afirmar una relación en las dimensiones “percepción de sentido” y Metas y Tareas” con Religión y en la misma diferencia expuesta a nivel de escala global.

Estos resultados concuerdan con lo expuesto por Bolt, 1975; Crandall & Rasmussen, 1975 (en Gallegos-Perez et al 2007); religiosidad intrínseca y sentido de la vida, y parcialmente con lo encontrado por Gallegos-Pérez et al (2007) quienes obtienen diferencias significativas en las dimensiones experiencia de sentido y destino/libertad.



Tabla 32:

Sentido de Vida relacionada con Ingreso de los adultos mayores de la provincia de Concepción

	Nivel de Ingresos	N	Rango promedio	Kruskal Willis	Sig.
ESCALA SENTIDO DE VIDA	Sin Ingreso	23	108,20	4,743	0,093
	Menor a 200 mil	96	83,32		
	Superior a 200 mil	60	93,71		
	Total	179			
Percepción de Sentido	Sin Ingreso	23	103,28	1,916	0,384
	Menor a 200 mil	95	87,59		
	Superior a 200 mil	60	87,23		
	Total	178			
Experiencia de Sentido	Sin Ingreso	23	106,83	3,504	0,173
	Menor a 200 mil	96	84,76		
	Superior a 200 mil	60	91,93		
	Total	179			
Metas y Tareas	Sin Ingreso	23	108,80	4,287	0,117
	Menor a 200 mil	95	84,22		
	Superior a 200 mil	60	90,46		
	Total	178			
Destino/Libertad	Sin Ingreso	22	83,80	2,329	0,312
	Menor a 200 mil	95	84,59		
	Superior a 200 mil	59	96,55		
	Total	176			

Al comparar de acuerdo al nivel de ingreso percibido y el Nivel de Sentido de Vida, quienes no reciben ingresos son quienes obtienen rangos promedios superior, respecto de quienes sí reciben ingresos, excepto en la dimensión destino/Libertad”, aunque ninguna de estas diferencias resulta significativa (prueba de Kruskal Willis), lo mismo en el caso del contraste a nivel de la Escala global (Sig,093)



5.2 Calidad de Vida y relación con Variables Sociodemográficas

Tabla 33:

Calidad de vida de acuerdo al sexo en adultos mayores de la provincia de Concepción

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos	U Mann-Whitney	Sig
Escala Calidad de Vida	Hombre	60	94,44	5666,50	3303,05	0,415
	Mujer	119	87,76	10443,50		
Dimensión Física	Hombre	60	92,73	5563,50	3406,5	0,616
	Mujer	119	88,63	10546,50		
Dimensión Psicológica	Hombre	60	91,48	5488,50	3481,5	0,786
	Mujer	119	89,26	10621,50		
Dimensión Relaciones Sociales	Hombre	60	97,83	5870,00	3100,0	0,148
	Mujer	119	86,05	10240,00		
Dimensión Ambiente	Hombre	60	93,47	5608,00	3362,0	0,524
	Mujer	119	88,25	10502,00		

En la tabla anterior es posible observar que los hombres obtienen rangos promedios levemente superior a las mujeres en la Escala de Calidad de Vida y en cada una de las dimensiones, sin embargo, estas diferencias no resultan significativas al aplicar la prueba U de Mann Whitney.

Tabla 34:

Calidad de vida de acuerdo a la Edad en adultos mayores de la provincia de Concepción

	Edad (agrupada)	N	Media	Desviación	T	Signif. (bilateral)
Escala Calidad de Vida	- 64 - 74 años	118	94,01	11093,5	3125,5	0,149
	- 75 y más años	61	82,24	5016,5		
Dimensión Física	- 64 - 74 años	118	93,78	11066,50	3152,5	0,173
	- 75 y más años	61	82,68	5043,50		
Dimensión Psicológica	- 64 - 74 años	118	94,80	11186,50	3032,5	0,083
	- 75 y más años	61	80,71	4923,50		
Dimensión Relaciones Sociales	- 64 - 74 años	118	94,46	11146,5	3072,5	0,106
	- 75 y más años	61	81,37	4963,5		
Dimensión Ambiente	- 64 - 74 años	118	88,87	10486,50	3465,5	0,684
	- 75 y más años	61	92,19	5623,50		

Al contrastar los puntajes en escala de Calidad de vida, de acuerdo a los grupos etareos, las personas de menor edad (de 64 a 74 años) obtienen rangos promedios levemente más altos a nivel de Escala de Vida y en 3 de las 4 dimensiones, excepto en la dimensión ambiente donde se invierte esta tendencia. No obstante, lo observado, estas diferencias no resultan significativas, aun cuando la dimensión psicológica el error sería de 8,3% superior al 0.05 aceptado e las ciencias sociales.



Tabla 35:

Calidad de vida de acuerdo al estado civil en adultos mayores de la provincia de Concepción

	Situación Civil	N	Rango promedio	Kruskal Willis	Sig
Escala Calidad de Vida	Soltero	15	103,30	2,934	0,402
	Casado/a	101	92,74		
	Divorciado/a	17	76,35		
	Viuda/o	46	84,70		
	Total	179			
Dimensión Física	Soltero	15	111,10	3,557	0,313
	Casado/a	101	88,01		
	Divorciado/a	17	78,44		
	Viuda/o	46	91,75		
	Total	179			
Dimensión Psicológica	Soltero	15	106,60	2,109	0,550
	Casado/a	101	90,41		
	Divorciado/a	17	83,00		
	Viuda/o	46	86,28		
	Total	179			
Dimensión Relaciones	Soltero	15	99,73	8,790	0,032
	Casado/a	101	97,93		
	Divorciado/a	17	67,59		
	Viuda/o	46	77,71		
	Total	179			
Dimensión Ambiente	Soltero	15	85,40	1,144	0,767
	Casado/a	101	93,58		
	Divorciado/a	17	83,50		
	Viuda/o	46	86,03		
	Total	179			

Al relacionar la Calidad de vida y sus dimensiones con el estado civil, en la tabla se observa que las personas que se declaran solteras son quienes obtienen rangos promedios más altos en todas las comparaciones, siendo significativa estas diferencias solo en la Dimensión "ambiente" (Sig ,032).



Tabla 36:

Calidad de vida de acuerdo Escolaridad de adultos mayores de la provincia de Concepción

	Escolaridad	N	Rango promedio	Kruskal Willis	Sig
Escala Calidad de Vida	E. Básica	62	78,20	5,391	0,067
	E. Media	68	99,04		
	E. Téc-Superior	49	92,39		
	Total	179			
Dimensión Física	E. Básica	62	84,72	1,031	0,597
	E. Media	68	93,60		
	E. Téc-Superior	49	91,68		
	Total	179			
Dimensión Psicológica	E. Básica	62	76,37	8,005	0,018
	E. Media	68	102,00		
	E. Téc-Superior	49	90,59		
	Total	179			
Dimensión Relaciones Sociales	E. Básica	62	84,06	2,798	0,247
	E. Media	68	98,15		
	E. Téc-Superior	49	86,20		
	Total	179			
Dimensión Ambiente	E. Básica	62	76,90	6,137	0,046
	E. Media	68	97,79		
	E. Téc-Superior	49	95,77		
	Total	179			

Comparando la Calidad de Vida con el nivel de escolaridad de las personas mayores estudiadas, se puede observar que quienes tienen estudios medios, obtienen los rangos promedios más altos en todas las comparaciones, aunque estas diferencias son significativas sólo en las dimensión psicológica y ambiente, en ambos casos los que tienen educación básica tienen los promedios más bajos y los que tienen estudios medios obtienen los promedios más altos. A nivel de Calidad de vida global las diferencias no son significativas respecto de escolaridad sin embargo la significación es cercana a 95% (Sig 0.067)



Tabla 37:

Calidad de vida de acuerdo los Ingresos (pensión) de adultos mayores residente en el gran Concepción

	Ingresos (pensión)	N	Rango promedio	Kruskal Willis	Sig
Escala Calidad de Vida	Sin Ingreso	23	108,85	5,590	0,0750
	Menor a 200 mil	96	82,95		
	Superior a 200 mil	60	94,05		
	Total	179			
Dimensión Física	Sin Ingreso	23	107,50	3,111	0,211
	Menor a 200 mil	96	88,35		
	Superior a 200 mil	60	85,93		
	Total	179			
Dimensión Psicológica	Sin Ingreso	23	112,30	5,854	0,054
	Menor a 200 mil	96	83,57		
	Superior a 200 mil	60	91,74		
	Total	179			
Dimensión Relaciones	Sin Ingreso	23	105,46	3,230	0,199
	Menor a 200 mil	96	84,72		
	Superior a 200 mil	60	92,52		
	Total	179			
Dimensión Ambiente	Sin Ingreso	23	97,43	7,878	0,019
	Menor a 200 mil	96	80,04*		
	Superior a 200 mil	60	103,08*		
	Total	179			

Respecto de la Calidad de Vida según nivel de ingreso (pensión) la única comparación que muestra diferencias significativas es la dimensión Ambiente; las diferencias se presentan entre quienes reciben menos de 200 mil y más de 200 mil pesos al mes. Por otra parte, y muy próxima al nivel de confianza de 95% se encuentra las comparaciones con la dimensión Psicológica (,054), aquí los sin ingreso por pensión quienes tienen promedios más altos.



Tabla 38:

Calidad de vida de acuerdo a la Religión de adultos mayores de la provincia de Concepción

	Religión	N	Rango promedio	Kruskal Willis	Sig
Escala Calidad de Vida	Sin Religión	24	84,40	1,982	0,371
	Católica	87	95,60		
	Evangélica /otras	68	84,81		
	Total	179			
Dimensión Física	Sin Religión	24	97,08	1,613	0,446
	Católica	87	92,74		
	Evangélica /otras	68	84,00		
	Total	179			
Dimensión Psicológica	Sin Religión	24	79,00	1,504	0,471
	Católica	87	93,52		
	Evangélica /otras	68	89,38		
	Total	179			
Dimensión Relaciones	Sin Religión	24	69,98	4,357	0,113
	Católica	87	94,55		
	Evangélica /otras	68	91,24		
	Total	179			
Dimensión Ambiente	Sin Religión	24	82,52	4,254	0,119
	Católica	87	98,20		
	Evangélica /otras	68	82,15		
	Total	179			

La relación de Calidad de vida con Religión no resulta significativa, tanto para la variable global como en las dimensiones, sólo se puede agregar que los rangos medios superiores se observan en quienes se identifican con la religión católica, excepto en la dimensión Física de Calidad de vida.



6. Calidad de vida y relación con Sentido de vida y variables psicosociales

a) Calidad de Vida y relación con Sentido de Vida

Tabla 39:

Relación Calidad de Vida Global y por Dimensiones Según Sentido de Vida global y por Dimensiones en personas mayores residentes en el gran Concepción (Rho de Spearman)

	Sentido de Vida Global	Dimensión1 Percepción de Sentido	Dimensión2 Experiencia de Sentido	Dimensión3 Metas y Tareas	Dimensión4 Destino Libertad
Calidad de Vida Global	,474** 0,000 179	,398** 0,000 178	,546** 0,000 179	,371** 0,000 178	,287** 0,000 176
Calidad de Vida Dimensión Física	,406** 0,000 179	,382** 0,000 178	,443** 0,000 179	,343** 0,000 178	,261** 0,000 176
Calidad de Vida Dimensión Psicológica	,530** 0,000 179	,448** 0,000 178	,583** 0,000 179	,433** 0,000 178	,279** 0,000 176
Calidad de vida Dimensión Relaciones	,344** 0,000 58	,264** 0,000 58	,366** 0,000 58	,259** 0,000 58	,246** 0,000 58
Calidad de Vida Dimensión Ambiente	,252** 0,000 179	,190** 0,006 178	,342** 0,000 179	,152* 0,022 178	,158* 0,018 176

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Al revisar los datos expuestos en la tabla, se puede observar que existe relación significativa entre la Calidad de Vida global y el Nivel de Sentido de Vida, la correlación es directa y moderada, esto implica que mientras más altos los puntajes en Sentido de vida, más alto la percepción de Calidad de Vida (0,474; p .000), Lo mismo se presenta respecto de la relación con las dimensiones de Sentido de vida con Calidad de vida global, en todas ellas existe correlación moderada y significativa

Al observar las relaciones entre las Dimensiones de Calidad de Vida con Sentido de Vida y sus cuatro dimensiones, se mantiene esta correlación moderada (cercana al 0.5), directa y significativa; no obstante, las dimensiones Relaciones sociales y Ambiente de Calidad de Vida, presentan correlación más baja, aunque igualmente significativa, con la variable Sentido de Vida y sus distintas dimensiones.



b. Calidad de Vida y relación con Variables Psicosociales

Tabla 40:

Relación entre Percepción de Calidad de Vida global y por dimensiones con Variables psicosociales, en personas mayores residentes en el gran Concepción

Rho de Spearman	Calidad de Vida (global)	C.VIDA Dimensión Física	C.Vida Dimensión Psicológica	C.V Dimensión Relaciones sociales	C.V.Dimensión Ambiente
Apoyo Social	,346** 0,000 179	,222** 0,001 179	,307** 0,000 179	,371** 0,005 179	,276** 0,000 179
Apoyo Familiar	,192** 0,000 179	,300** 0,000 179	,216** 0,004 179	,086 0,252 179	0,013 0,865 179
Satisfacción Vital	,395** 0,000 177	,297** 0,000 177	,387** 0,000 177	,245** 0,001 177	,298** 0,000 177
Felicidad	,393** 0,000 179	,301** 0,000 179	,431** 0,000 179	0,212** 0,004 179	,285** 0,000 179
Autoestima	,178* 0,017 179	,345** 0,000 179	,252** 0,000 179	0,104 ,166 179	-0,079 0,294 179
Autonomía Física	,039 0,606 179	,286** 0,000 179	0,122 0,105 179	-,032 0,674 179	-,216** 0,004 179

Al relacionar Calidad de Vida con variables psicosociales y autonomía física, la tabla anterior muestra que tanto Apoyo Social percibido, Satisfacción vital y Felicidad correlacionan de forma moderada-baja y significativa con la percepción de calidad de vida y todas sus dimensiones. En el caso de Apoyo familiar y Autoestima también existe correlación significativa moderada -baja con la calidad de vida global, solo las dimensiones física y psicológica.

En el caso de Autonomía física existe correlación significativa, baja y directa con Calidad de vida y la dimensión física e inversa con la dimensión relaciones ambiente, esto último indica que mientras menor es la autonomía física, mayor satisfacción con las condiciones que proporciona el entorno de su vida diaria, (la seguridad diaria, salubridad del ambiente físico, el dinero para cubrir sus necesidades, entre otros).



c. Sentido de Vida y relación con variables psicosociales

Tabla 41:

Relación entre Percepción de Sentido de Vida global y por dimensiones y Variables psicosociales

Rho de Spearman	Sentido de Vida Global	Dimensión 1 percepción de Sentido	Dimensión 2 Experiencia de Sentido	Dimensión3 Metas y Tareas	Dimensión4 Destino Libertad
Apoyo Social	,317** 0,000 179	,205** 0,003 178	,342** 0,000 179	,255** 0,000 178	,210** 0,003 176
Apoyo Familiar	,191** 0,005 179	,189** 0,006 178	,173* 0,010 179	,166* 0,013 178	0,110 0,074 176
Satisfacción Vital	,417** 0,000 177	,326** 0,000 176	,412** 0,000 177	,299** 0,000 176	,302** 0,000 175
Felicidad	,368** 0,000 179	,387** 0,000 178	,391** 0,000 179	,308** 0,000 178	,178** 0,009 176
Autoestima	,277** 0,000 179	,287** 0,000 178	,249** 0,000 179	,241** 0,001 178	,182** 0,008 176
Autonomía Física	0,091 0,113 179	,148* 0,024 178	0,066 0,189 179	,126* 0,048 178	0,057 0,228 176

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En esta tabla se observa que existe correlaciones baja, directa y significativa entre las variables Apoyo Social, Apoyo familiar, Autoestima, Satisfacción Vital y Felicidad con el Nivel de Sentido de Vida y también con cada una de sus dimensiones. Respecto de la variable Autonomía física, se presenta correlación significativa solo con las dimensiones “percepción de sentido” y “metas y tareas”.



Discusión y Conclusiones

Frankl (1992) plantea que la motivación básica del ser humano es su búsqueda de sentido, el por qué y para qué vivir, es la motivación básica y primaria y no depende de la raza, sexo o situación social define el sentido de vida como “razones que mueven a los hombres a actuar de un modo u otro” (en Gottfried, 2016); el sentido es único en cada individuo y puede variar en diferentes momentos históricos de la persona por lo mismo se puede afirmar que es un proceso dinámico (Cortada de Kohan 2002).

Según Adler (1975, en Stecconi, 2016) “el sentido de la vida ha sido una búsqueda fundamental del ser humano a lo largo de la historia de la humanidad. La interrogante es constante, no desaparece de la vida de ningún ser humano. Sin embargo, este cuestionamiento y las respuestas que se generan, varían y se ven influenciadas, por los cambios que se presentan en cada época”

Esto lleva a plantearse el impacto que conlleva el sentido de vida el cual se traduce en un factor motivacional que influirá en diversos ámbitos de la vida de las personas, lo cual incide fuertemente en el sentimiento de bienestar y de calidad de vida, más aún en etapa de adultez mayor. El envejecimiento es también una experiencia personal donde cada uno puede hacer mucho para convertirse en agente de su propio proceso exitoso de envejecimiento, buscando con ello no solamente un beneficio personal, sino también social. De igual manera se sabe que, tanto la sociedad como el contexto sociopolítico, son actores clave en el proceso de que la población envejezca bien y activamente (Francke, 2009).

En este contexto surge la presente investigación cuya motivación central fue ahondar en esta percepción de sentido de la vida y en su relación con la percepción de Calidad de vida de las personas mayores sin desconocer la concomitancia con otros factores que pueden estar asociados y que también fueron explorados en el presente estudio, cuyas conclusiones se exponen a continuación

a) De las características demográficas, familiares y sociales de las personas mayores residentes en el gran Concepción participantes en el estudio.

De las 179 personas mayores participantes en el estudio la mayor parte son residentes de la comuna de San Pedro de la Paz (39,3%) de Tomé (12,9%) y Lota (11,2%) y en menor proporción de otras comunas de la Provincia de Concepción. Asimismo, la muestra estuvo conformada por un 66,5% de sexo femenino y un 33,5% de sexo masculino. El rango etario fue de 65 a 88 años, con una media de edad de 71 años. El nivel de escolaridad de la se distribuye de manera similar en los 3 niveles de educación, aunque la mayoría tiene estudios medios (38%) y básicos (34,6%). La religión que predomina es la católica, (50%) ; y el estado civil es de casado con el 56,4s y el 25.7% es viudo, está última cifra es superior al promedio nacional de 20.9% informado por la Casen 2017. El 50,8% de este grupo se encuentran



pensionados y/o jubilados, y un 15% declara estar aun trabajando (principalmente en el caso de los hombres), cifra inferior a lo informado en la Casen 2017, donde el 60,5% de ellos no trabaja y recibe pensión o jubilación. Asimismo, declaran ingresos menores a \$200.000 (53,6%) y un 33,3% ingresos superiores a esta cantidad y son las mujeres presentan los ingresos más bajos.

Respecto de la situación de salud y sociofamiliar, el 84,8% de la muestra declara presentar alguna enfermedad diagnosticada, siendo principalmente hipertensión (41.9%) y diabetes (35,8%), ambas enfermedades son las que están mayormente presentes en la población adulta mayor de nuestro país, aunque en cifras superiores a las aquí informadas, particularmente en el caso de la Hipertensión (73% a nivel país).

En función de las redes familiares y sociales, se puede señalar que cerca de un 51% vive con su cónyuge (31%) o además con hijos y nietos (22,1%) y un 20% declara que vive sólo, cifra que es superior en el caso de las mujeres (cerca del 25% y en los hombres representa el 10,3% de ellos), esta cifra es muy similar a lo informado por el Casen 2017 que indica un 19% de las personas mayores de 60 años viven solas. En cuanto a la vinculación social, el 71% declara participar de alguna organización social, siendo principalmente iglesia y clubes de adultos mayores, lo cual es mayoritario en las mujeres, cerca del 42% de los hombres no participa en grupos y organizaciones. La CASEN 2017 reporta que tanto hombres como mujeres participan principalmente en juntas de vecinos u otra organización territorial y que la participación en grupos no es superior al 36% (CASEN, 2017).

Finalmente, en cuanto a las relaciones con familiares y amigos, el 53,7% declara mantener una relación permanente con estos, asimismo reconocen presencia de apoyo social, tanto de parte de los familiares como de cercanos: siendo mayor el de sus familiares (cerca del 90%) y menor en el caso de amigos (65% en promedio).

b) Del sentido de vida en personas mayores residentes en el Gran Concepción

Para Frankl (1994), el experimentar que la vida propia tiene sentido es la fuerza motivacional fundamental del ser humano y condición de la autorrealización” (p 448), la falta de sentido de la vida da lugar a frustración y desesperación por la incapacidad de volver a vivir la vida de manera diferente (en García et al 2008). Por lo mismo conocer cómo se manifiesta este sentido de vida es de gran importancia, considerando que, si bien es único en cada individuo, también es dinámico que puede variar según momentos históricos de la persona lo que a su vez puede impactar de manera directa en su calidad de vida, según la dirección de esta percepción de sentido de su vida.

Los resultados derivados de la aplicación del Test de sentido en la vida, de Crumbaugh y Maholick (1969), evidencian una tendencia positiva con promedios superior a 117 puntos (DS=15,83); donde el 79.3% obtiene puntajes sobre 105 puntos, lo que indica que la gran mayoría de las personas mayores estudiadas evidencia un nivel de logro de sentido de su vida. En el otro extremo existe un 6,7% en una situación de “vacío existencial”, sumado al 14%



que se encuentra en una posición de indefinición con respecto al sentido de la vida. Los resultados anteriores son similar en tendencia, aunque en promedio es superior a lo reportado por García et al (2008, 2011), Francke (2009) y Gottfried (2016).

En cuanto a las dimensiones de esta variable, la **percepción de sentido**, es la que presenta promedios más altos comparativamente a las otras tres, con una media de 55,36 (DS=7.65) lo que refleja valoración por la vida y presencia de motivos y razones para vivir la vida (García et al. 2011); el aspecto que presenta menor puntaje promedios y variabilidad mayor refiere a la mirada del mundo que les rodea que los expone extremos como “me confunde” o “tiene sentido para mí” con una media de 5,34 y una dispersión de 2,07. Asimismo, en cuanto a la dimensión **Experiencia de sentido**, se logra visualizar mayor dispersión en cuanto a esta percepción de su vida propia, de las emociones que enfrentan y de cómo se sienten en su vida; el promedio a nivel de este componente es el más bajo de los cuatro, aunque igual positivo, con una media de 39,22 y la variabilidad de los datos de 7,27; los aspectos que muestran mayor variación dicen relación con lo emocionante o rutinaria que les puede parecer la vida, o en cómo viven su vida, como constantemente nueva o como idéntica, donde la variabilidad de los datos superó los 2,1 puntos (de un máximo de 7). Para Acosta (2011) “Lo decisivo de esta expansiva etapa no radica solamente en las decisiones que se tomen frente a los asuntos familiares y sociales; el movimiento mayor es la opción que oriente la propia vida; es el riesgo asumido por Ser que se juega en cada instante de la existencia” (p269).

En cuanto a la tercera dimensión **Metas y tareas**, es la segunda mejor evaluada, el grupo estudiado destaca por autodefinirse muy bien respecto de su responsabilidad (media 41,58 ; DS=6,48) y su compromiso para lograr sus metas u objetivos propios; logrando de este modo tener un sentimiento de satisfacción y placer por las tareas diarias, y por la realización de éstas, todos estos aspectos con medias cercana a 6 puntos, Francke (2009) reporta resultados similares, una alta presencia de metas y sentido de vida en el estudio realizado con población mayor de 60 años de la ciudad de Monterrey, México. Estos resultados dejan en evidencia un envejecer satisfactorio, por cuanto son capaces de mirar las metas y propósitos que se han planteado y valorar que han desarrollado las acciones necesarias para alcanzarlas, además de ser capaces de experimentar satisfacción por las tareas que siguen realizando (Erickson, 1985).Lo anterior implica además una sensación de integridad al reconocer que han realizado las metas y tareas planteadas en distintos momentos de la vida y además en las que ahora se puedan plantear Para Giuliani et al (2015) las metas y tareas en la adultez mayor asoma como un asunto relevante para la percepción de satisfacción, aunque el contenido de estas metas estaría fuertemente influenciado por lo socialmente creado o impuesto, factor no indagado en el presente estudio.

Por otro lado, respecto de la cuarta dimensión que refiere a la **tensión entre destino y libertad**, que por un lado posiciona frente a la libertad de sus decisiones y por el otro los expone a la muerte como un acontecimiento que no es posible de controlar ni evitar: las respuestas evidencian una mirada favorable con una media de 17,5 pts.(de un máximo de 21)



y DS=3,6, lo que indicaría que este grupo estudiados muestra preparado y no sienten miedo frente a la muerte, asimismo, tienen claridad que su vida está en sus manos, que son libres de elegir y pueden tomar sus propias decisiones y que no están condicionados por factores externos. Lo anterior lleva a pensar que la gran mayoría del grupo estudiado enfrenta la crisis psicosocial de esta etapa de manera positiva, evidenciando una integridad del ego que les permite vivir esta edad con sabiduría, aunque aceptan la muerte como algo inevitable (Erickson, año. Osorio, Torrejón y Anigstein (2011), planteaba que las personas mayores tienen una actitud positiva frente a la vida, la que se ve determinada por las condiciones de salud y las relaciones interpersonales, pero también por las condiciones estructurales presentes en la sociedad, derechos y oportunidades, y acceso a servicios básicos.

c. Del Sentido de Vida y Variables sociodemográficas

Frankl (1992) afirma que todo ser humano puede encontrarle sentido a su vida ya que es su motivación básica y primaria y que no depende del sexo, estatus social, raza, credo o situación afectiva ni profesión, aunque la edad si sería un factor que influye en la búsqueda de sentido (en Gottfried 2016). En este contexto anterior, los resultados del presente estudio no muestran diferencias significativas para Sentido de vida global, ni para sus dimensiones, según sexo, edad escolaridad, estado civil ni ingresos (pensión). No obstante, es posible agregar que son las mujeres quienes obtienen rangos promedios superiores a los hombres, excepto en la dimensión “experiencia de sentido” esto es consistente con lo reportado por Hedberg et al (2010) y Gottfried (2016), no así con el estudio de García-Alandete (2011) quienes informan diferencias significativas y promedios más altos en mujeres respecto de los hombres, excepto en las dimensiones percepción de sentido y dialéctica destino/libertad, aunque la muestra en estos dos últimos caso excluye población mayor de 60 años.

Por su parte, respecto de la **edad**, es el grupo de menor edad (64 a 75 años de edad) quienes presentan rangos más altos excepto en la dimensión destino/libertad donde precisamente son los de mayor de edad quienes se posicionan en rangos promedios más altos, esto indica una adecuada postura frente a la muerte sin desconocer la libertad para tomar decisiones en otros aspectos de su vida.

Respecto de la **escolaridad**, la tendencia muestra valores más altos en las personas mayores con estudios superiores a excepción de la dimensión percepción de sentido y destino/libertad donde los puntajes altos los obtienen quienes tienen estudios básicos. Al respecto, Franckl (2011) concluye que “aquellos adultos mayores que no cuentan con ningún tipo de estudios manifiestan un menor Sentido de la Vida. Por contraparte, los adultos mayores que cuentan con estudios de Norma y Maestría, manifiestan un mayor Sentido de la Vida” p26.

En relación con el **estado civil e Ingresos**, en el primer caso no se observa una tendencia clara, no así con ingresos, donde son las personas que no declaran ingresos quienes tienen promedios más altos excepto en la dimensión destino/libertad.

Finalmente, religión es la única variable que muestra diferencias significativas, sólo a nivel global y son quienes se identifican con la religión evangélica quienes tienen rangos



promedios más altos respecto de los sin religión. Esto último es consistente con lo reportado por Gallegos-Perez et al (2007) quienes encontraron diferencias significativas en las dimensiones experiencia de sentido y en dialéctica destino/Libertad, aunque en población de 18 a 70 años

c) d. De la Calidad de vida percibida en personas mayores residentes en el Gran Concepción.

De acuerdo a los resultados de la calidad de vida, para lo cual se aplicó la escala WHOQOL-BREF de 24 ítems, con 5 dimensiones física, salud, psicológica, relaciones sociales, y ambiente. A nivel de escala global la percepción de calidad de vida que tiene el grupo de personas mayores estudiadas es , es positiva, con una mediana y media de 86 puntos (DS=12,4) (de un máximo de 120 y mínimo de 24), donde el grupo que obtiene puntajes más bajos (percentil 25) obtiene promedios de 77 a 47 puntos Estos resultados son consistentes con lo reportado por Gallardo-Peralta et al (2018) en un estudio en el norte de Chile, y Urzúa et al (2011), quienes concluyen una percepción de calidad de vida general alta en adultos mayores de la ciudad de Antofagasta aun cuando en este caso la **percepción de enfermedad** debe ser considerada en dichas mediciones, actuando como moderadora de la percepción global de calidad de vida. Por otra parte, estos resultados de percepción positiva de calidad de vida difieren a lo reportado por Flores et al (2017) que exponen una percepción deficiente en el 45.5% y aceptable en el 44,4% de la población mayor de la ciudad de Tamaulipas.México.

Respecto de la evaluación de la dimensión **física** de la calidad de vida, las personas mayores perciben su vida como “normal” o con “bastante satisfacción”, con una media de 25,07 (3,58 si se ajusta al rango de respuestas de 1 a 5 y DS=0,63), donde destacan la capacidad de desplazarse de un lugar a otro y/o poder realizar las actividades diarias, con promedios cercano a 4. De igual forma, existen otros aspectos con valores inferiores, en particular lo relacionado con la necesidad de tratamientos médicos para el funcionamiento de su vida diaria y la presencia de dolor físico, lo que les impide o dificulta realizar actividades necesarias (media 3,07; DS 1,24

Por otro lado, comparativamente se encontró mayor satisfacción en la **dimensión psicológica** (media de 22,32 (3,72); DS=3,60) las personas mayores reconocen disfrutar la vida, sienten que su vida tiene sentido, aceptando la apariencia física. Sin embargo, también expresan tener sentimientos negativos como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión, estados anímicos negativos, aunque se presentan de manera moderada y poco frecuentes. Los autores Terraza et al (2020) obtienen puntuaciones altas en esta dimensión en adultos mayores argentinos que “en relación con la dimensión psicológica, algunos la asociaron con la conservación de sus capacidades cognitivas, otros la relacionaron con las emociones positivas fruto del contacto con su familia” (p7).



En cuanto a la tercera dimensión, **relaciones sociales**, es la que presenta promedio más bajo de satisfacción (3,2) y mayor dispersión de las respuestas (0,86). Por una parte, las personas mayores se encuentran satisfechos(as) con el apoyo social que obtiene de sus amigos, lo que favorece el bienestar del adulto mayor y, por otra, la satisfacción es menor con su vida sexual inclusive es el indicador con menor promedio en toda la escala de calidad de vida (2,62 y DS1,37). Al respecto, Mishara y Riedel (2000) enfatizan en la importancia de la calidad de vida y la intensidad de las relaciones interpersonales, así como la relación con el número de roles asumidos, lo que va en sintonía con lo expuesto por la teoría de la Actividad, dado que con la vejez se pierden algunos roles los que deben ser sustituidos por otros para mantener el autoconcepto positivo. Esta dimensión refleja la importancia de la actividad social para mantenerse activos y participativos.

Los resultados respecto de la cuarta dimensión de calidad de vida que refiere al **ambiente**, dan cuenta que existe satisfacción con el entorno en que viven estas personas (con un promedio de 28,94 (o 3,62 y DS=0,64), lo sienten seguro y lo consideran saludable a. La teoría de la continuidad plantea que cada individuo tiende a producir su propio ambiente en función de su coherencia y éste se convierte en el factor externo que favorece la continuidad del estilo de vida que ha ido creando (Marchant y Cifuentes, 2014)

Por otra parte, uno de los factores que suele asociarse a una manifestación de calidad de vida dice relación con la **Satisfacción con la Vida**, en esta medición el 63.8% de las personas mayores expresan sentirse completamente satisfechos con su vida, porcentaje que aumenta al evaluar el sentimiento de felicidad global con su vida, donde el 90% de la muestra indica que se siente bastante y muy feliz con su vida. En ambos casos las respuestas son similares en hombres y mujeres. San Román, et al (2011), indican que con el paso de los años se refuerza la satisfacción con la vida, aunque agregan que esto va a la par con una adecuada percepción de salud e ingresos, que permitan una calidad de vida óptima

e. De la Calidad de Vida y Variables sociodemográficas

En lo que respecta a contraste de medias de calidad de vida según variables sociodemográficas, no se encontró diferencias significativas con sexo, edad, ni religión. No obstante, se puede señalar que la tendencia de los datos muestra que los hombres obtienen promedios levemente más altos que las mujeres, situación distinta a los estudios realizados por Gallegos-Peralta et al (2018). En cuanto a **edad** es el grupo más joven quien tiene puntajes más altos a excepción de la dimensión ambiente; Y con **religión**, los católicos obtienen rangos promedio más altos excepto en la dimensión física que corresponde a los sin religión.

Por otra parte, si se encontró relaciones significativas con **estado civil**, aunque sólo con la dimensión relaciones sociales; también en **escolaridad** las relaciones significativas se presentan en las dimensiones psicológica y ambiente, en ambas las diferencias se dan entre quienes tienen educación media respecto de aquellos con estudios básicos. Y en cuanto **ingresos**, las diferencias se presentan en los de ingreso superior a 200 mil respecto de los



menores a 200 mil, en la dimensión ambiente. Lo anterior es consistente con los estudios de Vivaldi y Barra (2012), quienes reportan que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable. Asimismo, Castillo et al (2012), mencionan que la situación económica, el apoyo social y el estado de salud se asocian de forma independiente con la satisfacción vital en los adultos mayores.

f. De la relación entre Sentido de vida y Calidad de Vida

En la medición de la calidad de vida y la relación con sentido de vida, se encontró una covariación moderada, directa y significativa a nivel global de ambas variables y entre las respectivas dimensiones entre sí. Lo anterior viene a probar la hipótesis de investigación, que planteaba que, a mayor nivel de sentido de vida de las personas mayores, mejor es la percepción de su calidad de vida. Araya, Bascourt, Fuentes y Villouta (2018), también encontraron una correlación significativa y moderada (0,427) entre dichas variables.

Por otra parte, se encontró una correlación directa y significativa, aunque baja, entre sentido de vida y cada una de sus dimensiones con las variables: apoyo social, apoyo familiar, satisfacción vital, felicidad y autoestimas, la variable autonomía física presenta esta misma correlación sólo con las dimensiones percepción de sentido y metas y tareas. Con respecto a la relación de estas variables con calidad de vida se encontró situación similar con la excepción que apoyo social, autoestima que solo correlaciona significativamente con las dimensiones física y psicológica.

La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que intervienen factores propios de este grupo etareos como es el retiro laboral, la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros (Leon et al 2010) sin embargo esta percepción también está medida por el logro de Sentido que le dan su vida lo que ha mostrado estrecha relación a partir de los resultados de este estudio. De acuerdo Francke (2009), el sentido de la vida en la etapa de adulto mayor se convierte en un reto para la persona. La edad se convierte en un factor que influye en la búsqueda de sentido ya que con la madurez y las etapas de la vida hacen que el sentido cambie de persona en persona. Cada uno decide a dónde ir y qué actitud tomar frente a la vida, y está estrechamente vinculado al aprecio por la vida.



Conclusión y Reflexión General

El reto en la adultez mayor es la lograr la integridad vs la desesperanza, por tanto, el lograr o mantener un sentido de vida que les permita dar significado a los hechos pasados y aceptar el presente; mantener o formular proyectos que les ayuden a conectarse con sus deseos, motivaciones y capacidades generando un estado de Bienestar y satisfacción con su vida, se hace necesario para que las personas mayores puedan continuar esta etapa de manera natural sin sentir que se produce un quiebre.

El logro de sentido se asocia positivamente a percepción y vivencia de libertad; responsabilidad y autodeterminación; cumplimiento de metas vitales; visión positiva de la vida, del futuro y de sí mismo. Cuando no se alcanza el logro existencial se origina una frustración que se asociaría a la desesperanza caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida; por un vacío existencial que se manifestaría en un estado de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas vitales.

Por otra parte, el concepto calidad de vida es relativo, como lo son otros, como, por ejemplo, bienestar, felicidad, etc. y que tienen mucho que ver con la valoración que la propia persona realiza sobre sí mismo y sobre su vida. Esto se relaciona bastante con la posibilidad de mantener ciertos patrones de comportamiento y adecuarlos al paso del tiempo. Para Stecconi, (2016) el incremento en la calidad de vida hace que los roles “puertas adentro y pasivos” de los adultos mayores, cada vez más tiendan a ser reemplazados por roles “puertas afuera y activos”, con una vida social de recreación e incluso laboral más variada, la cual les ayuda a sentirse integrados en la sociedad como un grupo más.

La población mayor ya no encasilla en etiquetas tradicionales, existen modos de envejecer según culturas y sociedades; las personas mayores manifiestan nuevas expectativas y posibilidades más allá de un papel asignado por la sociedad; perciben la necesidad de sentirse útiles para su familia y su entorno cómo modo de otorgan un sentido a su vida (Quintanar, 2011 en Goncalves y Segovia, 2018) El envejecimiento es diferencial, en términos individuales se produce de diferentes formas de acuerdo con cada persona. Esto implica que la vejez sea probablemente la etapa vital en la que más diferencias se encuentren entre las personas, debido a la combinación de factores de orden biológico y ambiental, que se entrecruzan a lo largo de la vida. Dulcey y Uribe (2002).

El envejecimiento es también una experiencia personal donde cada uno puede hacer mucho para convertirse en agente de su propio proceso exitoso de envejecimiento, buscando con ello no solamente un beneficio personal, sino también social. De igual manera se sabe que, tanto la sociedad como el contexto sociopolítico, son actores clave en el proceso de que la población envejezca bien y activamente (Francke, 2009).

La teoría de la continuidad basada en la teoría de la actividad concibe al individuo en permanente desarrollo, por lo mismo, la llegada de la etapa de la jubilación para una persona no implica necesariamente la paralización o cese del crecimiento humano y social. En esta



etapa se mantiene la capacidad para crear o sobreponerse a experiencias adversas provenientes de los distintos ámbitos que le rodean, la salud, lo social o lo psicológico.

En esta línea, la Convención Interamericana de los DDHH de las personas mayores (2015, p. 4,5) promueve el enfoque sobre envejecimiento activo y saludable. Se considera la participación del adulto mayor en la actividad social y cultural, lo cual promueve una longevidad satisfactoria y es por ello la necesidad de crear una cultura para el envejecimiento (gerocultura) que propicie mecanismos reflexivos, que permitan una dinámica favorable desde el ámbito estatal, comunitario y familiar, hasta llegar a la persona, no solo sobre el envejecimiento en sí, sino desde el envejecimiento (Medisur, 2017).

Estos Enfoques anteriores, están presentes en las políticas y programas que se desarrollan a través de SENAMA, que pretenden mantener o mejorar la calidad de vida de las personas y más recientemente en el Plan Adulto Mejor, sin embargo no es tan evidente la mirada que se le otorgue al Logro de Sentido como factor dinámico, motivacional y además presente en todo ser humano, lo que reforzaría las políticas actuales que promueven el envejecimiento como un proceso satisfactorio y cómo una etapa tan importante como las otras anteriores en la vida de las personas.

Lograr que este envejecimiento sea satisfactorio y aumentar las posibilidades de envejecer con calidad de vida no es una cuestión del azar, sino más bien un elemento en el que se puede trabajar (Causapié, Balbontín, Porras y Mateo, 2011). El mantener actividades desarrolladas en las etapas anteriores o bien realizar otras nuevas que tengan sentido para las personas mayores, implica fortalecer también la percepción de sentido de vida y por tanto, un envejecimiento exitoso. Por lo mismo la importancia de abordar este tema que reporte a las políticas y programas sociales que permita promover en las personas comportamientos saludables, tanto en el plano físico, psicológico como social que favorezca esta percepción de logro de sentido de su vida y finalmente de mayor bienestar.

Limitaciones del estudio

Los resultados de este estudio son interesantes y consistentes con la línea de otras investigaciones, sin embargo la ausencia de aleatorización en la elección de la muestra, llevan a limitar los resultados sólo a la población estudiada, lo que invita a continuar con este tipo de estudios que permitan obtener suficiente evidencia respecto de las variables centrales, lo que ayudará también a reforzar la idea de comprender el envejecimiento como un proceso de toda la vida y de la importancia de conocer y trabajar estos temas que impactan sobre la calidad de vida de las personas, en particular si se quiere lograr una vejez satisfactoria y más aún si comprendemos que existen distintas formas de vejez.

Por otra parte, es importante señalar que el sentido que le dan a la vida las personas mayores de este estudio principalmente tiene relación con su vida, su familia, su quehacer



diario el cual puede variar de acuerdo a la circunstancias del momento histórico de sus vidas. Por lo mismo los resultados reflejan un momento diferente al actual con una situación de pandemia por COVID-19, con todo lo que ello implica para cada persona de esta sociedad y más en particular en este grupo de personas. Por lo mismo, si hoy se plantearan las mismas interrogantes a las personas entrevistadas probablemente sus respuestas estarían marcadas en gran medida a la situación actual de pandemia, lo cual de cierta manera es una limitación que se agrega al presente estudio.





Bibliografía

- Acosta Ocampo, C. I. (2011). El sentido de la vida humana en adultos mayores: enfoque socioeducativo.
- Adelantado, J. (2000). Cambios en el estado de bienestar: políticas sociales y desigualdades en España. Barcelona, España: *Icaria Editorial/Universitat Autònoma de Barcelona*.
- Alonso, L.; Ríos, A.; Caro de Payares, S.; Maldonado, A.; Campos, L.; Quiñonez, D. y Zapata, Y. (2010). Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte, Vol 26, No 2*
- Alvarado, A. y Salazar, A. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Recuperado desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Revista Ajayu, 13(2)*, 152-182, ISSN 2077-2161.
- Aquino, T. A. A. D., Gouveia, V. V., Gomes, E. S., & Melo de Sá, L. B. (2017). La percepción de sentido de la vida en el ciclo vital: una perspectiva temporal. *Avances en Psicología Latinoamericana, 35(2)*, 375-386.
- Arechabala, M. y Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y Enfermería, 8*, 49-55
- Arzuaga, M. y Pérez, B. (2015). Proyecto de vida y tercera edad. Una experiencia comunitaria. *Rev. Referencia Pedagógica. Vol. 3, No.2.*, pp. 151-160, ISSN: 2308-3042
- Bardonoso, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación, vol. 2*, pp. 50-63
- Belando, M. (2013). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. Reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo. *Comunicación e Personas Mayores*. Recuperado desde: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2651197>.
- Biblioteca Nacional de Chile. (2017). Decreto 162. Promulga la convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Recuperado desde: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108819>
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de investigación, 2(2)*, 50-63.
- Browne, M. y Valdés, S. (2015). Estudio de percepciones sobre las pensiones: De la percepción de los pensionados al



- temor de los ocupados. CLAPES UC. Centro latinoamericano de Políticas económicas y sociales.
- Caballero, C. y Campo, A. (2020). Problemas de salud mental en la sociedad: Un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. *Duazary*, 17(3), 1-3. Obtenido de https://www.academia.edu/42971910/Problemas_de_salud_mental_en_la_sociedad_Un_acercamiento_desde_el_impacto_del_COVID_19_y_de_la_cuarentena
- Campos, F.; Herrera, S.; Fernández, B. y Valenzuela, E. (2014). *Chile y sus mayores. Resultados tercera encuesta nacional Calidad de Vida en la Vejez 2013*. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor, Pontificia Universidad Católica de Chile y Caja de Compensación Los Andes.
- Carballeda, A. (Abril de 2020). La Intervención en Lo Social en Tiempos de Pandemia. Recuperado el 5 de junio de 2020, de Margen: <https://www.margen.org/pandemia/carballeda2020.html>
- CASEN. (2017). *Adultos mayores. Síntesis de resultados. Ministerio de desarrollo social*. Recuperado desde: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Adulto_Mayores_casen_2017.pdf
- Castro, C. (2006). La vida no tiene sentido: el vacío existencial en estudiantes de pregrado en la U.C.A.B. [Versión electrónica]. *Revista mexicana de Logoterapia*, 15, 25-38
- Castillo, A.; Alabala, A.; Dangour, A. y Uauy, R. (2012). Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile. *Rev. Gac Sanit vol.26 no.5* Barcelona. Recuperado desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000500005
- CASEN. (2017) Adultos Mayores. Síntesis de resultados. Recuperado desde: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Adulto_Mayores_casen_2017.pdf
- Causapié, P.; Balbontín, A.; Porras, M., y Mateo, A. (2011). *Envejecimiento Activo*. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad/IMSERSO.
- Cavan, R.; Burgess, E.; Havighurst, R., y Goldhamer, H. (1949). *Personal adjustment in old age*. Science Research Associates. Chicago.
- CEPAL. (2015). *La Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores: Un Aporte de las Américas al Mundo*. Organización de los Estados Americanos.
- CEPAL. (2020). América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19 Efectos económicos y sociales. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/6/S2000264_es.pdf



- Conde, G. (2014). *Sentido de vida en mujeres adultas mayores que no trabajan fuera del hogar y no tienen hijos en edad de crianza, residentes en la ciudad de Guatemala (tesis pregrado)*. Universidad Rafael Landívar, Guatemala, México
- Cortada de Kohan, N. (2002). Importancia de la investigación psicométrica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 34, núm. 3, pp. 229-240
- Crumbaugh, J. y Maholick, L. (1964). An Experimental Study in Existentialism: The Psychometric Approach to Frankl's Concept of Noogenic Neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 589- 596.
- Díaz, D.; Rodríguez, R.; Blanco, A.; Moreno, B.; Gallardo, I. y Valle, C. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. Intervención psicosocial. *Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 3 (8), 67-113.
- Diener, E.; Suh, E.; Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Dulcey, E. y Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 34, núm. 1-2, pp. 17-27,
- Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor, e Impacto del Pilar Solidario (ENCAVIDAM). (2018). *Previsión Social*. Recuperado desde: <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/biblioteca/encuesta-de-proteccion-social/encuesta-de-calidad-de-vida-del-adulto-mayor-e-impacto-del-pilar-solidario-encavidam/>
- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1985). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Esnaola, I., Rodríguez, A., & Goñi, E. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario de Autoconcepto AF5. *Anales de Psicología*, 27(1), 109-117
- Fernández, R. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones a la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Flores, B.; Castillo, Y.; Ponce, D.; Miranda, C.; Peralta, E. y Durán, T. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Rev. Enferm. IMSS*, 26(2):83-88.
- Flores, M.; Cervantes, G.; Cruz, M. y Cerquera, A. (2011). *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor. Experiencias de México, Chile y Colombia*. México: Universidad de Guadalajara. Pp. 87-98.



- Francke, M. (2011). *El Sentido de la Vida y el Adulto Mayor en el Área Metropolitana de Monterrey*. Recuperado desde: <https://docplayer.es/5512874-El-sentido-de-la-vida-y-el-adulto-mayor-en-el-area-metropolitana-de-monterrey.html>
- Frankl, V. (1994). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder
- Frankl, V. (1996). *El Hombre en busca de Sentido*. Barcelona. Herder.
- Frankl, V. (1997). *Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2001). *Psicoterapia y existencialismo. Escritos selectos sobre logoterapia*. Barcelona: Herder
- García, M. (2002). *El bienestar subjetivo*. Escritos de Psicología, 6, 18-39.
- García, C. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 16 (6), 586-592, 2000.
- García, J.; Gallego, J. y Pérez, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, vol. 8, núm. 2, pp. 447-454 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia
- Gobierno de Chile. (S. F.). Manual para el cuidador de personas mayores en situación de dependencia. Recuperado de http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Yo_me_cuido_y_te_cuido.pdf
- Goncalves, L. y Segovia, S. (2018). La generación de proyectos de vida en adultos mayores. Autopercepción sobre competencias desarrolladas, posibilidades de aprendizaje y motivaciones. *Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación*, Vol. 9, No. 1, 53-76 ISSN: 2215-8421
- Gottfried, A. E (2016) Adaptación argentina del PIL Test (Test de Sentido en la Vida) de Crumbaugh y Maholick [en línea], *Revista de Psicología*, 12(23). Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/6140>
- Gurin, G.; Veroff, J. y Feld, S. (1960). *Americans view their mental health*. New York: Basic Books
- Havighurst, R. y Albrech, R. (1953). *Older people*. Longmans, Green. New York.
- Hernández, Z. (2006). Estudio Exploratorio sobre el proyecto de vida en el adulto mayor. *Revista Psicología y Salud*. vol. 16, nº001; Xalapa, México. PP. 103-110
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (6ª ed.). México: D.F McGraw-Hill
- Hedberg, P., Gustafson, Y., Alèx, L., & Brulin, C. (2010). Depression in relation to purpose in life among a very old population: A five-year follow-up study. *Aging & Mental Health*, 14(6), 757-763.
- Huenchuan, S. (2016). *Envejecimiento, derechos humanos y*



políticas públicas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago de Chile.

INE <https://www.ine.cl/ine-ciudadano/definiciones-estadisticas/poblacion/esperanza-de-vida#:~:text=En%20Chile%20la%20Esperanza%20de,77%2C3%20para%20los%20hombres.>

Imsero y Ministerio de Sanidad y Política Social de España. (2010). *Documento de trabajo para el Libro Blanco del Envejecimiento activo: temas para el debate*. Madrid. Recuperado desde: http://www.imsero.es/imsero_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm

Izquierdo, A. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta. Teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación Vol. 16* Núm. 2. PP.601 – 619

Jimenez, A.; Mendiburo, N. y Olmedo, P. (2011). Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia en una muestra de trabajadores chilenos. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/Vol. 29(2)* / pp. 317-329/ISSN1794-4724-ISSNe2145-4515

Jimenez, E. (2008). El proyecto de vida en el adulto mayor. *MEDISAN, 12(2)*. Recuperado desde: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3684/368445247009>

Jusidman, C. (2007). *Ciudadanía social y derechos políticos*. Documento de trabajo, Proyecto de Protección de Programas Sociales, México, D.F., Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Kornfeld, R. y Orellana V. (2004). "El buen envejecer: Gerontología". Ediciones P.U.C

Lemon, B.; Bengtson, V. y Peterson, J. (1972). An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in- movers to a retirement communitu. *Journal of Gerontology, 27*, 511-523.

León, D.; Rojas, M. y Campos, F. (2010). Guía Calidad de Vida en la Vejez. Herramientas para vivir más y mejor. *Revista Pontificia Universidad Católica de Chile*, Santiago, Chile.

Liberalesso, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología, 34* (1-2), 55-74.

Lugones Botell, Miguel. (2002). Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 18(4)*, 287-289. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400013&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400013&lng=es&tlng=es)

Martínez, A. y Fernández, I. (2008). *Ancianos y salud*. *Rev. Cubana Med Gen Integr v.24 n.4* Ciudad de La Habana. Recuperado desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400010



- Martínez, E. (2011). *Los modos de ser inauténticos: Psicoterapia Centrada en el Sentido de los Trastornos de la Personalidad*. Bogotá: Manual Moderno.
- Martínez, O.; Camarero, O.; González, C. y Martínez, L. (2016). Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco. *Revista de Ciencias Médicas*. La Habana. 22(1)
- Martínez, S. (1997). *De los efectos a las causas. Sobre la historia de los patrones de explicación científica*. México: Paidós.
- Merchán Maroto, E., & Cifuentes Cáceres, R. (2014). Teorías psicosociales del envejecimiento. *Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad Autónoma de Madrid*.
- Merchán, E. y Cifuentes, R. (2014). *Tema 6. Teorías psicosociales del envejecimiento*. Recuperado desde: <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
- Mishara, B y Riedel, R. (2000). *“El proceso de envejecimiento”*. Editorial Morata. Tercera edición. Madrid, España.
- Murgieri, M. (2009). *Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF*. Recuperado desde: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf
- Oddone, M. (2013). *Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo*. Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 4. Recuperado desde: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf>
- Oliver, A.; Gutiérrez, M.; Tomás, J.; Galiana, L. y Sancho, P. (2016). Validación de un modelo explicativo del proceso de envejecer con éxito a partir de aspectos psicológicos, físicos, relacionales y de ocio. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, Vol. 6, Nº 1 (Págs. 47-56)
- OMS. (2001). *Hombres, envejecimiento y salud*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2012). *Envejecimiento. Temas de salud*. Recuperado desde: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>
- OMS. (2013). *Informe sobre la salud en el mundo 2013 – Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Recuperado desde: <https://www.who.int/whr/es/>
- OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado desde: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=3F2D9BA92E9B04CA96E186E9AF7D89F0?sequence=1
- OMS (2016) *Acción multisectorial para un envejecimiento sano basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la*



- salud. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 22 de abril del 2016 (A69/17). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf.
- OPS (2015) Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores. 54.^o Consejo Directivo, 67.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015 (CD54.R11).). Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&qid=31930&Itemid=270&lang=es..
- Ortiz de la Huerta, D. (2005). Aspectos sociales del envejecimiento. Recuperado desde: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.html>.
- Ortíz, M., & Baeza, M. J. (2011). Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. *Universitas Psychologica*, 10(1), 189-196.
- Osorio, P.; Torrejón, M. y Anigstein, S. (2011). Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista Mad - Universidad de Chile*, N° 24, pp. 61-75
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1997). *Psicología del desarrollo* (6ta edición). Editorial Mc. Graw Hill, México.
- Parra, M.; Castro, M. y Merino, J. (2005). *Adultos Mayores Funcionales: Un nuevo concepto en salud*. Recuperado desde: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004
- Parra, M. (2017). *Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años*. (Tesis Doctoral). Universidad Miguel Hernández de Elche, España
- Peterson, C. y Park, N. (2003). Positive psychology as the evenhanded positive psychologist views it. *Psychological Inquiry*, 14, 141-146.
- Pinto Santuber, Cecilia, Lara Jaque, Roxana, Espinoza Lavoz, Elena, & Montoya Cáceres, Pamela. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de apoyo social percibido de Zimet en personas mayores de Atención Primaria de Salud. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 85-89. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100018>
- PNUD. (2012). *Informe anual 2011/2012. El futuro sostenible que queremos*. Recuperado desde: https://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/UNDP-in-action/2012/Spanish/undpAR_2012-06-21_v3_SPANISH-final.pdf
- Real Académica Española (RAE). (2019). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado desde: <https://www.rae.es/>
- Romero, A. (2008). Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *Rev Panam Salud Publica*;24(4):288-94



- San Román, X.; Toffoletto, M.; Oyanedel, J.; Vargas, S. y Reynaldos, K. (2017). *Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores*. Revista enferm. vol.26 no.2 Recuperado desde: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000200312&script=sci_arttext&lng=es
- SENAMA. (2012). *Política Integral de envejecimiento positivo*. Obtenido de <http://www.senama.cl/filesapp/PoliticaAM.pdf>
- SENAMA. (2013). *Chile y sus mayores. Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez 2013*. Recuperado desde: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Resultados-Tercera-Encuesta-Nacional-Calidad-de-Vida-en-la-Vejez-2013.pdf>
- SENAMA. (2017). CENSO 2017 reveló que más del 16% de la población chilena es adulto mayor. Recuperado desde: <http://www.senama.gob.cl/noticias/censo-2017-revelo-que-mas-del-16-de-la-poblacion-chilena-es-adulto-mayor>
- SENAMA. (2019). *Estándares de Calidad para Protocolos. Establecimientos de larga estadía para adultos mayores. Protocolos SENAMA 2019*. Recuperado desde: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Libro_Estandares_de_Calidad_ELEAM_2019_FINAL.pdf
- Silva, J.; Urzúa, A.; Caqueo, A.; Lufin, M. y Irarrázaval, M. (2016). Bienestar psicológico y estrategias de aculturación en inmigrantes afrocolombianos en el Norte de Chile. *Interciencia*, vol. 41, núm. 12, pp. 804-811 Asociación Interciencia Caracas, Venezuela
- Superintendencia de salud. (2008). Dependencia de los adultos mayores en Chile. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4471_recurso_1.pdf
- Stecconi, C. (2016). *Sentido de vida en la Tercera Edad: Experiencia en los talleres de UPAMI en la Universidad de Flores*. European Scientific Journal/SPECIAL/
- Terraza, A. M., Azzolino, J., Giménez, C., Rodríguez, F., Otaño, D., & Martínez, P. Calidad de vida en adultos mayores, un análisis de sus dimensiones.
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista médica de Chile*, 139(8), 1006-1014.
- Vargas, R. (2005). *Proyecto de vida y planteamiento estratégico personal*. Recuperado desde: <http://www.ntslibrary.com/Proyecto%20de%20Vida%20y%20Planeamiento%20Estrategico%20Personal.pdf>
- Villafuente, J.; Alonso, Y. A.; Alonso, Y.; Alcaide, Y.; Leyva, I. y Arteaga, Y. (2017). *El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial*. Recuperado desde: <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180049913012.pdf>
- Visión Humana. (2017). Presentación Evento Chilesopio 2017. *Apoyado por UDD, ANDA y AAM*



- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Revista Terapia Psicológica*, Vol. 30, N°2, Santiago, Chile.
- Yu, L.; Boyle, P.; Wilson, R.; Levine, S.; Schneider, J. y Bennett D. (2015). *Purpose in life and cerebral infarcts in community-dwelling older people*. *Stroke*;46(4):1071-6
- Yuni, J. y Urbano, C. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 151-168. Recuperado desde: www.redalyc.org/pdf/269/26961011.pdf
- Zimet, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*: 52(1): 30-41.





Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

TITULO DEL ESTUDIO: SENTIDO DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES RESIDENTES EN EL GRAN CONCEPCION

INVESTIGADORA RESPONSABLE: Nelida Neira Muñoz

CENTRO DE INVESTIGACIÓN: Universidad de Concepción.

TELEFONO DE CONTACTO: 996317487

Estimados adultos y adultas mayores:

Mediante el presente documento le informo sobre la investigación en la cual le invito a participar, titulada “El sentido de vida y calidad de vida en personas mayores residentes en el gran Concepción”, el cual corresponde a un proyecto de investigación para optar al título de Magister en Trabajo Social y Políticas Sociales de la Universidad de Concepción, siendo patrocinada por dicha disciplina y casa de estudios.

Esta investigación tiene el **carácter de anónimo y confidencial**, cuyo propósito conocer y describir el sentido de vida y su incidencia en la calidad de vida que presentan las personas mayores residentes en el gran Concepción y la relación con características sociodemográficas y ambientales.

Su participación en esta etapa de investigación es voluntaria y no remunerada. Si usted decide participar del estudio debe responder un conjunto de preguntas y enunciados, sin embargo, tendrá la libertad de dejar de participar en cualquier momento. Los datos proporcionados se mantendrán en privacidad y sólo la investigadora responsable tendrá acceso a estos. Como su participación es anónima los datos personales no aparecerán en los resultados del estudio, o cuando éstos sean publicados o utilizados en investigaciones futuras.

En caso de tener cualquier duda o inquietud, en esta etapa de la investigación usted podrá contactarse con la investigadora responsable a través del correo electrónico: nelidaneira@udec.cl o nelidaneira00@gmail.com.

Si usted está dispuesto/a a participar de esta encuesta, por favor firmar el documento. Cabe señalar que esta firma es para indicar que usted ha entendido y está de acuerdo en participar voluntariamente del estudio.

Firma participante

Firma investigadora



SENTIDO DE PROPÓSITO EN LA VIDA

Folio

Estimado(a) señor (a):

Junto con saludar, le informo que el presente estudio busca conocer y describir el sentido de vida y su incidencia en la calidad de vida que presentan las personas mayores de sesenta y cinco años, residentes en el Gran Concepción. Para lo anterior es fundamental vuestra colaboración, por lo que le invito a participar y colaborar respondiendo este cuestionario, que es totalmente confidencial, cuyos resultados se darán a conocer únicamente en forma global con respecto a todo el grupo estudiado. Esta investigación es parte de mi trabajo para obtener el Grado de Magíster en Trabajo Social y Políticas Sociales. Agradezco sus respuestas y la sinceridad de las mismas

Nélida Neira Muñoz, Fono 996317487, Correo electrónico nelidaneira00@gmail.com

I. IDENTIFICACIÓN

Edad Año de nacimiento / / 3. Sexo

M

Estado civil 5. Lugar de residencia

Escolaridad (último curso aprobado)

7. ¿Cuál es su actividad actual?

8. Y antes ¿Cuál era su actividad principal?

9. Indique qué tipo de ingresos económicos recibe y los montos asociados:

TIPO DE INGRESO	RANGO				
	No recibe	Menos de 107.000	Entre 108.000 y 200.000	Entre 201.000 y 257.000	Entre 258 y más
A. Pensión (básica solidaria, invalidez y pensión del cónyuge)	1	2	3	4	5
B. Actividad laboral remunerada	1	2	3	4	5
C. Aportes estatales subsidios (SUF, otros...)	1	2	3	4	5
D. Ayuda familiar	1	2	3	4	5



10. Con quién vive: __

Practica o se identifica con alguna religión (Señale alternativa)

Indicador / Criterio	No tiene religión	Católica	Evangélica/ protestante	Mormona	Testigo de Jehová	Otra *
A. Practica o se identifica con alguna religión	1	2	3	4	5	6

* Especificar: _____

12. ¿Con qué frecuencia tiene contacto con sus familiares, amigos, vecinos?

Indicador / Frecuencia	Siempre	A veces	Nunca
A. Familiares	1	2	3
B. Amigos	1	2	3
C. Vecinos	1	2	3

Pertenece a algún grupo, entidad, asociación, etc.:

Indicador / Criterio	Ninguno (a)	Grupo A. Mayor	Organización/ Asociación	Iglesia	Otra *
Pertenencia grupo, entidad, etc.	1	2	3	4	6

* Especificar: _____

Realiza Ud. Alguna actividad física, lúdica o laboral con sus amigos/a

Indicador / Criterio	Ninguna	Jardinería	Mandados	Juegos de azar	Otra *
Realización actividad	1	2	3	4	6

* Especificar: _____

¿Actualmente a cuántas personas en promedio conoce y frecuenta?



CANTIDAD DE PERSONAS	FRECUENCIA				
	Dos veces a la semana	Al menos una vez a la semana	Una vez cada tres semanas	Una vez al mes	Una vez al año
1	4	3	2	1	0
2- 3	4	3	2	1	0
C. 4 - 5	4	3	2	1	0
D. 6 o más	4	3	2	1	0

En la semana, ¿Con cuántas personas conversa? (teléfono, redes sociales)

Indicador / Cantidad	Ninguna	Una	Entre dos a tres	Entre cuatro y cinco	Seis o más
Conversa a la semana	0	1	2	3	4

17. ¿Con cuántas personas (amigos/familiares) ha hablado la última semana en forma presencial?

Indicador / Cantidad	Ninguna	Una	Entre dos a tres	Entre cuatro y cinco	Seis o más
Personas con las que ha hablado	0	1	2	3	4

¿Cuántas personas lo han visitado los últimos 15 días?

Indicador / Cantidad	Ninguna	Una	Entre dos a tres	Entre cuatro y cinco	Seis o más
Personas que le han visitado	0	1	2	3	4



¿Visita usted con frecuencia a algún familiar?

Indicador / Frecuencia	Ninguna	Cada 15 días	Una vez al mes	Más de dos veces al mes	Varias veces a la semana
Familiar que ha visitado	0	1	2	3	4

¿Con cuántas personas (familiares o amistades) ha hablado por “teléfono” u otro medio de comunicación en la última semana?

Indicador / Cantidad	Ninguna	Una	Entre dos a tres	Entre cuatro y cinco	Seis o más
Ha hablado por teléfono última semana	0	1	2	3	4

¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no vive con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo?

Indicador / Cantidad	Ninguna	Una	Entre dos a tres	Entre cuatro y cinco	Seis o más
Ha estado con alguien	0	1	2	3	4

22. ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada por un médico?

¿Enfermedad?	Sí 1	No 2	¿Cuál?.....
--------------	---------	---------	--



ESCALA DE APOYO SOCIAL (tarjeta)

A continuación, mencionaremos algunas preguntas y se le solicita que indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación, donde 1 significa Totalmente en desacuerdo y 7 significa Totalmente de acuerdo.

Ejemplo:

Totalmente en desacuerdo

Bastante en desacuerdo

3. Bastante de acuerdo.

4. Totalmente de acuerdo.

Opinión	Grado de Acuerdo			
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Hay una persona que está cerca cuando	1	2	3	4
Existe una persona de confianza con la cual puede	1	2	3	4
Su familia realmente intenta ayudarlo	1	2	3	4
Obtiene de su familia la ayuda y el apoyo emocional que	1	2	3	4
Existe una persona que realmente es una fuente de	1	2	3	4
Sus amigos realmente tratan de ayudarlo	1	2	3	4
Puede contar con sus amigos cuando las cosas van mal	1	2	3	4
Puede hablar de sus problemas con su familia	1	2	3	4
Tiene amigos con los que pueda compartir las penas y	1	2	3	4
Existe una persona cerca en su vida que se preocupa por	1	2	3	4
Su familia se muestra dispuesta a ayudarlo para	1	2	3	4
Puede hablar de sus problemas con sus amigos.	1	2	3	4



TEST SENTIDO EN LA VIDA (PIL - TEST) (auto administrada)

Indique de acuerdo a las opciones entregadas con cual usted se siente más identificado. Por favor, señale su propia posición sin considerar las dudas pequeñas y momentáneas. Responda espontáneamente uno de los siete puntos. No deje ninguna afirmación sin contestar.

1. Generalmente estoy	Completamente aburrido 1	2	3	Neutro 4	5	6	Totalmente entusiasmado 7
2. La vida me parece	Siempre emocionante 7	6	5	Neutro 4	3	2	Completamente Rutinaria 1
3. Para mi vida	No tengo ninguna meta ni propósito claro 1	2	3	Neutro 4	5	6	Tengo metas y propósitos bien definidos 7
4. Mi existencia, mi vida personal	No tiene ningún sentido 1	2	3	Neutro 4	5	6	Tiene mucho sentido 7
5. Vivo cada día como	Constantemente nuevo 7	6	5	Neutro 4	3	2	Exactamente idéntico 1
6. Si pudiera elegir, preferiría	No haber nacido 1	2	3	Neutro 4	5	6	Vivir mil veces más la misma vida 7
7. Ahora que está jubilado, me gustaría	Hacer alguna de las cosas que siempre me han interesado 7	6	5	Neutro 4	3	2	Flojear el resto de mi vida 1
8. En alcanzar las metas la vida	No he progresado nada 1	2	3	Neutro 4	5	6	He progresado mucho como para estar completamente satisfecho 7
9. Mi vida está	Vacía, llena de			Neutro			Llena de cosas buenas y valiosas



	desesperación 1	2	3	4	5	6	7
10. Si muriera hoy, sentiría que mi vida	Valió la pena 7	6	5	4	3	2	No valió la pena para nada 1
11. Al pensar en mi vida	Me pregunto a menudo por qué existo 1	2	3	4	5	6	Siempre veo una razón por la que estoy aquí 7
12. Considero que el mundo en el que vivo	Me confunde 1	2	3	4	5	6	Tiene sentido para mí 7
13. Yo soy	Muy Irresponsable 1	2	3	4	5	6	Muy responsable 7
14. Creo que el ser humano para tomar sus propias decisiones es	Totalmente libre para elegir 7	6	5	4	3	2	Completamente limitado por su herencia y ambiente 1
15. Con respecto a la muerte	Estoy preparado y no tengo miedo 7	6	5	4	3	2	No estoy preparado y tengo miedo 1
16. Con respecto al suicidio	He pensado seriamente que es una salida 1	2	3	4	5	6	Nunca he pensado en ello 7
17. Considero que mi capacidad para encontrar un sentido, un propósito o una misión en mi vida	Es muy grande 7	6	5	4	3	2	Es prácticamente nula 1
18. Mi vida está	En mis manos y bajo mi control 7	6	5	4	3	2	Fuera de mis manos y controlada por factores externos 1



19. Enfrentarme a mis tareas diarias es	Una fuente de placer y satisfacción 7	6	5	Neutro 4	3	2	Una experiencia aburrida y penosa 1
20. Yo he descubierto que	No tengo ningún sentido, ni propósito, ni misión en mi vida 1	2	3	4	5	6	Nunca he pensado en ello 7

IV.- Subescala Sentido de vida de Escala de Bienestar Psicológico de Ryff Validación Chilena (Véliz, 2008)

	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en Desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
12 Soy activo al realizar los proyectos que me propongo							
17 Me siento bien con lo que hecho en el pasado y con lo que espero hacer en el futuro							
18 Mis objetivos en la vida han sido más satisfactorios que frustrantes							
23 Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida							
29 No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida							



ESCALA DE CALIDAD DE VIDA – WHOQOL-BREF

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de	1	2	3	4	5



	cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su	1	2	3	4	5



	aparición física?					
1 2	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
1 3	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
1 4	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1 5	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas						
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1 6	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
1 7	¿Cuán satisfecho está con su habilidad	1	2	3	4	5



	para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los	1	2	3	4	5



	servicios sanitarios?					
2 5	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?						
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
2 6	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

V. SATISFACCION VITAL

Instrucción: En la pregunta que se le va a realizar a continuación, debe evaluar en términos generales su vida. Recuerde que no existen mejores ni peores respuestas a estas preguntas, solo se pretende conocer ciertos aspectos de su vida en este momento, para cumplir con los objetivos de esta investigación.

Considerando todos los aspectos de su vida. ¿Cuán satisfecho está con su vida en este momento? En donde 1 significa que usted está "Completamente insatisfecho/a y 10 significa que usted está "Completamente satisfecho" ¿Dónde se ubica usted?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

FELICIDAD GLOBAL	Muy feliz	Bastante feliz	No muy feliz	Nada feliz
En general ¿Usted diría que es una persona?	4	3	2	1

IX. ESCALA DE APOYO FAMILIAR

Instrucciones: A continuación se le van a mencionar algunas afirmaciones.



Explicación encuestador (considere la familia con la que vive o los familiares que lo visitan frecuentemente)

Ítem	Siempre	A veces	Nunca
1. Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas de sus familiares.	1	2	3
2. Sus familiares le escuchan cuando Ud. tiene algún problema preocupación o necesita algo.	1	2	3
3. Se siente comprendido por sus familiares.	1	2	3
4. Considera que entre usted y sus familiares, existe la confianza suficiente para guardar un secreto.	1	2	3
5. Recibe respeto y consideración por parte de sus familiares.	1	2	3
6. Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones.	1	2	3
7. Considera que sus familiares están orgullosos de usted.	1	2	3
8. Sus familiares le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación de su interés.	1	2	3
9. Recibe de sus familiares algún grado de apoyo económico, medicamentos, ropa, alimento, vivienda u otros.	1	2	3
10. Recibe atención directa o compañía de sus familiares en tiempos normales y de crisis o enfermedad.	1	2	3

VI.- ESCALA DE AUTONOMÍA FÍSICA

Frente a las siguientes situaciones de la vida diaria, indique la respuesta que mejor refleje su condición (mostrar tarjeta)

Actualmente puede usted	Sin ninguna dificultad	Con alguna dificultad	Con dificultad	No puedo hacerlo
1. Vestirse, incluyendo amarrarse los zapatos y abrocharse (abotonarse)	1	2	3	4
2. Acostarse y levantarse de la cama?	1	2	3	4
3. Levantar hasta su boca una taza o vaso sin derramar?	1	2	3	4
4. Caminar al aire libre en terreno plano?	1	2	3	4
5. Bañarse y secarse todo el cuerpo?	1	2	3	4
6. Agacharse para recoger la ropa del piso?	1	2	3	4
7. Abrir y cerrar las llaves del agua?	1	2	3	4
8. Subir y bajar del auto, el colectivo, el bus o la micro?	1	2	3	4
9. Recibir un recado o mensaje y entregarlo a otra persona?	1	2	3	4
10. Salir de la casa y comprar en un almacén o negocio?	1	2	3	4

¡ Muchas Gracias por su gran colaboración!